

The Royal College of Physicians
of London.

From the Library of
Sir Andrew Clark, Bart.
Presented by Lady Clark.
147 E 11 1

(0) D2160-C-11 . 61



Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b28404804_0003

CLINIQUE

MÉDICALE

DE

L'HOPITAL DE LA CHARITÉ.

TOME III.

NOUVELLES PUBLICATIONS CHEZ J.-B. BAILLIÈRE.

NOUVEAU SYSTÈME DE CHIMIE ORGANIQUE, fondé sur des nouvelles méthodes d'observation, précédé d'un traité complet sur l'art d'observer et de manipuler en grand et en petit dans le laboratoire et sur le porte-objet de microscope; par *F.-V. Raspail. Deuxième édition entièrement refondue;* accompagné d'un atlas in-4° de 20 planches de figures, dessinées d'après nature et gravées avec le plus grand soin. Paris, 1838, 3 vol. in-8., et atlas in-4. 30 fr.

NOUVEAU SYSTÈME DE PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE ET DE BOTANIQUE, fondé sur les méthodes d'observations développées dans le nouveau système de chimie organique; par *F.-V. Raspail*, accompagné de 60 planches, contenant près de 1000 figures d'analyse, dessinées d'après nature et gravées avec le plus grand soin. Paris, 1837, 2 forts vol. in-8., et atlas de 60 planches. 30 fr.

Le même ouvrage, planches coloriées. 50 fr.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, considérée comme science d'observations; par *Ch.-Fr. Burdach*, professeur à l'université de Kœnigsberg; avec des additions par les professeurs *Baer, Meyen, Meyer, J. Muller, Rathke, Valentin et Wagner;* traduit de l'allemand sur la deuxième édition par *A.-J.-L. Jourdan*, D. M. P., membre de l'Académie royale de Médecine. Paris, 1837, 8 vol. in-8., fig. Prix de chaque volume 7 fr.

DE LA MORVE ET DU FARCIN CHEZ L'HOMME; par P. Rayer. Paris, 1837, in-4. Fgures coloriées. 9 fr.

TRAITÉ DES MALADIES DES REINS, étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les maladies des uretères, de la vessie, de la prostate, de l'urètre, etc., par *P. Rayer*, médecin de l'Hôpital de la Charité. Paris, 1837. — Ce bel ouvrage se composera de 2 forts volumes in-8., et de 12 livraisons contenant chacune 5 planches grand in-folio, gravées et magnifiquement coloriées, avec un texte descriptif. Prix de chaque livraison. 16 fr.

TRAITÉ PRATIQUE DE LA PHTHISIE LARYNGÉE, de la laryngite chronique et des maladies de la voix; par *A. Trousseau*, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux, et *H. Belloc*, D. M. P. *Ouvrage couronné par l'Académie royale de Médecine.* Paris, 1837, 1 vol. in-8. accompagné de 9 planches gravées. 7 fr.

Le même, figures coloriées. 12 fr.

DES MALADIES MENTALES; par *E. Esquirol*, médecin en chef de la Maison des aliénés, membre de l'Académie royale de Médecine. Paris, 1838, 2 vol. in-8., avec 24 planches gravées.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS D'HYGIÈNE; par *Ch. Londe*, membre de l'Académie royale de Médecine. *Deuxième édition entièrement refondue.* Paris, 1838, 2 vol. in-8. 12 fr.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE; par *A. Vidal de Cassis*, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien du Bureau central des Hôpitaux. Paris, 1838, 4 vol. in-8.

PARIS.—IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET, rue Jacob, 30.

CLINIQUE
MÉDICALE
DE
L'HOPITAL DE LA CHARITÉ,

OU

EXPOSITION STATISTIQUE DES DIVERSES MALADIES TRAITÉES
A LA CLINIQUE DE CET HÔPITAL;

PAR

J. BOUILLAUD,

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

E pure si muove.

TOME TROISIÈME.

PARIS,
CHEZ J. B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie royale de Médecine,
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13 BIS.
A LONDRES, MÊME MAISON, 219, REGENT STREET.
1837.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS
LIBRARY

CLASS	61
ACCN.	13697
SOURCE	
DATE	

CLINIQUE MÉDICALE

DE

L'HOPITAL DE LA CHARITÉ.

CHAPITRE XIII.

Phlegmasies aiguës des organes génitaux externes.

Considérations préliminaires.

Les phlegmasies aiguës des organes génitaux externes sont le plus ordinairement produites par un commerce impur, et tout le monde sait que ces maladies sont traitées dans des établissements spéciaux. Ce n'est donc que par une sorte de hasard que nous en avons reçu quelques cas dans notre service.

Ces cas sont au nombre de quatre. Trois d'entre eux étaient compliqués soit d'entéro-mésentérite typhoïde, soit d'une simple gastro-entérite sous forme de fièvre bilieuse, soit d'une pleuro-pneumonie. Nous les avons rapportés dans les chapitres I (obs. V et XLIV) et VI (obs. II), consacrés aux observations relatives aux maladies qui viennent d'être indiquées ; il ne nous reste plus qu'à consigner ici le quatrième cas, lequel aurait pu donner lieu à une erreur de diagnostic assez grave, si le malade eût été exploré avec légèreté. En effet, ce malade présentait les phénomènes de cet état fébrile que l'on a désigné sous le nom de fièvre inflammatoire, et comme il ne parlait point de l'inflammation vénérienne dont les organes génitaux étaient le siége, si le médecin eût négligé l'exploration des organes

dont il s'agit (oubli d'autant plus excusable que nos salles de clinique médicale ne sont point affectées aux maladies de ces organes), il aurait pu diagnostiquer une fièvre inflammatoire dite primitive ou *essentielle*, c'est-à-dire, selon quelques auteurs, une *fièvre* ou *affection typhoïde* sous forme inflammatoire, etc.

Ce n'est pas la première fois que nous avons vu ainsi des états fébriles très prononcés chez des sujets qui n'avaient autre chose qu'une phlegmasie vénérienne aiguë de l'urètre, du gland, du testicule, avec ou sans gonflement des ganglions inguinaux, et qui, loin de déclarer l'existence de cette affection, cherchaient, au contraire, à la dissimuler avec le plus grand soin.

Au reste, je ne tirerai aucune conclusion des quatre cas d'inflammation vénérienne que nous avons reçus à la clinique, pendant le semestre dont nous rendons compte dans cet ouvrage; je rappellerai seulement que l'un des malades succomba rapidement à la pleuro-pneumonie dont il était atteint (chap. VI, obs. II), et je noterai que les trois autres guérirent par l'emploi des simples antiphlogistiques (1).

OBSERVATION UNIQUE.

Salle des hommes, n. 21. — Le nommé Aubard, âgé de 28 ans, infirmier, demeurant rue Jacob, 17, né à Argentan (Indre); malade depuis 21 jours, entré le 16 avril 1836, sorti le 5 mai 1836.

Diagnostic. — BLENNORRHAGIE ET ORCHITE VÉNÉRIENNES *avec fièvre forte, simulant d'abord la fièvre inflammatoire dite essentielle de certains auteurs.*

D'une constitution assez forte, brun, habituellement bien portant; à Paris depuis 2 ans.

(1) Je ne prétends nullement agiter ici la question tant controversée du traitement des phlegmasies vénériennes aiguës. Je note seulement, en passant, les résultats que nous avons obtenus des antiphlogistiques seuls dans les trois cas ci-dessus indiqués.

Le 15 avril, il fut pris de fièvre avec tremblement, après avoir, dit-il, eu chaud et froid, le matin en travaillant; il assura d'abord qu'il était parfaitement bien portant la veille; mais il avoua ensuite qu'il avait contracté une blennorrhagie depuis 21 jours. Il ne fit cette déclaration que lorsque l'examen des parties génitales nous eut fait constater une maladie sur laquelle il avait gardé le plus absolu silence. La chemise paraissait tachée comme dans la blennorrhagie, et en effet, à l'examen de la verge, on trouva une blennorrhagie très abondante. Depuis la veille, gonflement du testicule droit, accompagné d'une tuméfaction de quelques ganglions inguinaux du même côté.

16 avril à la visite. — Chaleur générale de la peau, avec sueur au visage et moiteur du reste du corps; pouls à 108-112, dur, assez fort, médiocrement développé; le malade se sent faible, abattu; visage injecté (aux pommettes surtout), et teinte jaunâtre de l'ovale inférieur de cette partie; lèvres sèches et hâlées; bouche pâteuse; langue d'un rouge vif au pourtour, couverte d'une couche blanchâtre au milieu; salive acide; une seule selle depuis hier; ventre développé, souple, sans gargouillement; haleine fétide. (*Saignée 4 pal.*; 30 *sangs. au perinée, et catapl. ensuite*; *orge, chiend. sir. gom.*; *bain de siége*; *lavem. émoll.*; *diète.*)

17.—*Sang de la saignée:* — Sérosité jaune, transparente; couenne mince, fragile (1/4 à 1/2 ligne d'épaisseur); caillot de consistance moyenne.

Testicule moins tendu; pouls à 88-92, moins fort qu'hier, peau moins chaude aussi. (20 *sangs. au périnée*; *le reste de même.*)

18. — Le gonflement du testicule a beaucoup diminué; langue rosée, humide; chaleur normale de la peau; pouls à 80-84. (*Un bain tiède*; 2 *tasses de bouillon*, 6 *pruneaux.*)

19. — Encore un peu d'écoulement à la pression du bout de la verge; un peu de douleur au testicule; pouls

à 76. (*Potion de Chopart en deux fois*; *suspensoir et catapl.*; *lav. émoll.*; 2 *tasses bouillon*; *pruneaux.*)

20. — L'écoulement se réduit à quelques gouttes à une forte pression de la verge.

22. — Un peu de douleur au testicule (le malade s'est levé pour aller au bain). (*Frict. ong. mercur. sur le testicule.*)

5 mai. — Sortie. Il reste à peine un léger suintement séreux le matin en pressant la verge.

Le gonflement du testicule a complétement disparu (1).

(1) Ce cas est un exemple intéressant d'une heureuse application de la nouvelle formule des saignées aux phlegmasies aiguës des organes génitaux. Dans le cas actuel, une phlegmasie intense de ces organes a été enlevée dans l'espace de 4 à 5 jours, et celle du testicule ne datait que de la veille du jour où le traitement a été commencé.

SECONDE DIVISION.

PHLEGMASIES CHRONIQUES.

Considérations préliminaires.

La somme totale des cas de phlegmasies chroniques admis dans notre service pendant le semestre dont nous rendons compte, est bien moins considérable que celle des cas de phlegmasies aiguës dont il vient d'être question dans la précédente division.

Nous allons rapporter les observations relatives à cette seconde division des phlegmasies en modifiant un peu l'ordre que nous avons adopté dans la première. Le nombre des chapitres relatifs aux phlegmasies chroniques sera moindre que celui des chapitres relatifs aux phlegmasies aiguës, soit parce qu'il est des phlegmasies qui, telles que les phlegmasies éruptives, n'affectent pas la forme chronique, soit parce que quelques unes des phlegmasies qui peuvent revêtir *primitivement* ou *secondairement* la forme chronique, ne se sont pas présentées à notre observation pendant le semestre dont nous publions le compte-rendu. C'est ainsi, par exemple, que nous n'avons reçu aucun cas de gastrite et d'entérite chroniques, à part ceux qui compliquaient, soit une péritonite de même forme, soit une tuberculisation pulmonaire, et dont nous ne parlerons que dans les chapitres consacrés à ces dernières maladies; c'est encore ainsi que nous n'avons reçu aucun cas de méningite chronique, etc., etc.

Avant de terminer ces courtes considérations, je ferai remarquer que, dans les phlegmasies chroniques plus encore que dans les aiguës, il est bien rare de ne rencon-

trer qu'un seul organe ou qu'un seul tissu d'entrepris (ajoutez que souvent des lésions d'espèce différente existent simultanément dans un seul et même organe), et de là d'assez grandes difficultés dans le classement des cas particuliers.

CHAPITRE PREMIER.

Péritonite chronique.

Dans le cours des cinq mois de clinique dont nous publions le compte-rendu, nous avons reçu trois cas de péritonite chronique (un de plus que pour la péritonite aiguë) (1). Tous les trois se terminèrent par la mort, et tous les trois eussent été probablement guéris, si, dès l'origine de la maladie, on eût employé convenablement la formule des saignées coup sur coup. Deux des trois sujets appartenaient au sexe masculin, le troisième au sexe féminin.

Voici ces trois observations.

OBSERVATION I.

Salle des hommes, n. 6. — Le nommé Vaillant, âgé de 35 ans, fondeur en caractères, demeurant rue du Cherche-Midi, 31, né à Villiers-sous-Prasle (Aube); malade depuis 10 mois, entré le 28 juin 1836, mort le 14 juillet 1836.

Diagnostic. — PÉRITONITE ET ENTÉRO-COLITE CHRONIQUES.

État chloro-anémique au moment de l'entrée.

Récrudescence le 11e jour de l'entrée.

Cinq abcès dans le foie.

D'une constitution faible; d'un tempérament bilieux, à Paris depuis douze ans.

Il y a dix-huit ans, fièvre tierce qui a duré 6 mois.

(1) Ces trois cas existaient chez des sujets non atteints de tubercules pulmonaires. Dans quatre des cas de cette dernière maladie que nous rapporterons plus loin, il existait une péritonite chronique sous forme granuleuse ou tuberculeuse.

L'été suivant, nouvelle fièvre tierce qui dura aussi six mois. Il y a six ans, gonflement du bas des jambes le soir. Il y a dix mois, gonflement et douleurs du ventre; point de dévoiement, appétit conservé.

Il y a deux mois, gonflement plus considérable du ventre; devoiement assez considérable (5 à 6 selles par jour, tantôt vertes, tantôt jaunâtres); fièvre avec frissons suivis de chaleur et de sueur, mais continue.

On lui a fait une saignée du bras et quinze sangsues ont été appliquées sur le ventre. Plus tard (il y a quinze jours), il a pris du sulfate de quinine pendant dix jours (2 paquets par jour). La fièvre est restée la même depuis cette époque.

Le malade n'a jamais eu de rhumatisme, et n'a point éprouvé de battements de cœur ni d'oppression; il rend d'ailleurs un compte peu satisfaisant de ses antécédents. Il ne sait à quoi attribuer ses diverses maladies.

28 et 29. — Œdème des membres inférieurs à leur partie inférieure seulement qui conserve l'empreinte du doigt après la pression (le droit est plus gonflé que le gauche); teinte jaune, terreuse, au visage; couleur de cire sur le reste du corps; veines sous-cutanées peu apparentes, et contenant un sang à peine rosé, *ténu*; amaigrissement général; lèvres pâles, langue humide, rosée; bouche mauvaise; inappétence; pas de soif; ni nausées, ni vomissements; douleur à la pression de l'épigastre; ventre tendu, rendant un son tympanique à l'épigastre et autour de l'ombilic; bruit humorique dans le flanc droit, matité dans le flanc gauche; la circonférence du ventre, au niveau du nombril, est de 30 pouces; foie refoulé en haut par le liquide contenu dans l'abdomen; deux selles liquides, verdâtres, aujourd'hui, sans coliques (le 29); frissons et chaleur pendant cinq à six heures sans sueur (ces frissons ont eu lieu les jours précédents, à des intervalles irréguliers); en bas des deux cotés de la poitrine, résonnance et respiration faibles; rien de notable d'ailleurs pour les poumons. — Bruits du cœur clairs; bruit de diable très

fort, imitant parfois le sifflement du vent à travers une serrure, dans la carotide droite (il n'existe pas dans les artères crurales); pouls à 104, mou, demi fluctuant; chaleur et aridité de la peau. (*Sol. sir. gom.*; *riz sir. coing*; *pot. gom. laudan. gouttes* XV; 1/2 *lav. laudan. goutt.* VI (*bis*); *diète.*)

30. — L'urine d'hier exhale un peu l'odeur de bouillon qui se décompose.

Hier à quatre heures, frisson, chaleur ensuite et sueur cette nuit; pouls à 124 ce matin; rhume que le malade attribue à ce qu'il n'a pas changé de chemise après sa sueur et s'est refroidi. Pas de dévoiement depuis hier. (2 *tasses de bouillon*; *crème de riz*; *lait-orge*; *le reste idem.*)

1 et 2. — Toujours bruit de diable dans la carotide droite; frissons suivis de chaleur; cessation du dévoiement.

4 et 5. — Pouls de 76 à 88; cessation des frissons; langue bonne; la circonférence du ventre est de 30 pouces 2 lignes. (*Frict. avec cérat mercuriel et compression sur le ventre*; 1/8e *d'aliments.*)

6 et 7. — Peu de changement; le bruit de diable persiste.

8. — Pouls à 96; coliques fortes au milieu du ventre (la douleur abdominale augmente à la moindre pression); une seule selle depuis hier. (*Un vésicat. à l'hypogastre et hydrochlor. de morph. gr.* 1/2.)

9. — Ventre encore très douloureux; pouls à 88-92; une selle solide depuis hier.

11 et 12. — Les joues se creusent; langue blanchâtre avec tendance à se sécher; douleur abdominale toujours très vive; pouls à 100, petit; refroidissement des extrémités; le 11 et dans la nuit du 11 au 12, le malade s'est levé très souvent pour aller à la selle, mais sans presque rien faire; un peu de délire. (*Catapl. laudan. sur le ventre.*)

13. — L'urine rendue à l'instant même dans un verre et traitée par l'acide nitrique ne donne aucun précipité; moins de douleur depuis hier; tremblotement spasmodique dans

les muscles des avant-bras; langue blanchâtre; pouls à 104.

14 *juillet*. — Mort à une heure du matin.

Autopsie cadavérique, trente-trois heures après la mort.

1° *Organ. de l'abdomen*. — Péritonite générale avec épanchement d'un liquide clair, jaune-verdâtre (1 à 2 litres environ); adhérences des circonvolutions intestinales par des fausses membranes albumineuses; masses albumineuses très grosses dans le petit bassin.

Foie volumineux, bosselé, s'avançant dans l'épigastre et l'hypochondre gauche, creusé de cinq abcès communiquant entre eux, pouvant contenir un bon œuf de poule; le pus qui les constitue est crémeux, légèrement jaune-verdâtre.

Le sommet du foie, entre les abcès, est ramolli et rougeâtre.

La membrane muqueuse gastrique est d'un gris-ardoisé ou même carbonée et non ramollie. — Rate rougeâtre et ramollie en certaines régions, ardoisée dans d'autres.

La muqueuse de tout le canal intestinal et du gros intestin surtout est amincie, pâle, sans ulcérations ni arborisations, mais comme usée, dénudée en quelques points; rouge, framboisée, vers l'S iliaque du colon.

2° *Organ. de la poitrine*. — Epanchement séreux (environ une livre) de chaque côté de la cavité pleurale; l'épanchement est séro-sanguinolent à gauche; traces de pleurésie diaphragmatique récente à droite; ramollissement pultacé à la base du poumon gauche.

Toutes les cavités du cœur et les grosses artères sont uniformément rouges; cette rougeur résiste au lavage. (elle est certainement un effet cadavérique).

OBSERVATION II.

Salle des hommes, n. 22. — Le nommé Monillot, âgé de 39 ans, tailleur, demeurant rue des Boucheries-Saint-Germain, 7, né au Havre (Seine-Inférieure); malade depuis 4 mois, entré le 23 juin 1836, mort le 5 juillet 1836.

Diagnostic. — Péritonite chronique *avec épanchement.* Gastrite chronique ?

Marié; d'une constitution faible et délicate, nerveuse; à Paris depuis douze ans pour la dernière fois (il y était déjà venu plusieurs fois).

En 1817, gastrite traitée au Val-de-Grâce; en 1824, mal d'oreille et point de côté gauche dont il a été traité à l'hôpital de la Marine.

Depuis près de quatre mois, la santé s'est altérée de nouveau; il a, dit-il, éprouvé des coliques qui se calmaient pour revenir ensuite; il n'a pas appelé de médecin. Depuis le commencement de juin, les coliques ont augmenté; il a été traité alors par M. Bichebois pour une gastro-entérite.

Depuis quinze jours environ, ventre dur et tendu; depuis huit jours vomissements bilieux; sueurs (depuis quatre jours surtout, il n'a cessé de vomir); il n'a point eu de dévoiement.

Des lavements, des tisanes de fécule de tapioka ont été employés avant l'entrée.

Le malade ne sait à quoi attribuer sa maladie; il n'a pas reçu de coups sur le ventre, n'a jamais fait de chute; il ne commet jamais d'excès; n'a jamais, dit-il, eu chaud et froid.

24 *juin.* — Demi-marasme; nulle infiltration des membres ni du scrotum; visage triste et un peu grippé; faiblesse générale qui empêche le malade de rester levé; insomnie rebelle; chaleur à peu près normale; pouls à 72, plus développé que ne paraissent le comporter la maigreur

et la faiblesse naturelle de la constitution, assez résistant; langue d'une rougeur vive, comme écorchée, lisse, un peu sèche; soif vive; inappétence; bouche sèche et pâteuse; salive acide; ventre volumineux, surtout dans la région sous-ombilicale, tendu; les veines sous-cutanées abdominales sont plus saillantes qu'à l'état normal; la circonférence du ventre, au-dessus de l'épine iliaque, est de 30 p. 2 lignes; fluctuation distincte; matité dans les parties latérales de la région sous-ombilicale, et résonnance tympanique dans les régions ombilicale et épigastrique, avec bruit humorique dans quelques points; dans le décubitus sur un des côtés, son tympanique dans le flanc opposé qui s'affaisse; ventre douloureux au contact, à la pression, et beaucoup à la percussion; la tension de la région épigastrique ne permet pas de toucher les organes contenus dans cette région; ni nausées ni éructation; urine rouge et brûlante; respiration libre; voix faible et enrouée; résonnance et respiration bonnes des deux côtés; bruits du cœur normaux. (*Vent. scarif. sur le ventre, 2 pal. 172; sol. sir. gom.; fom. narcot. emoll. sur le ventre; 2 demi-lavem. émoll. huileux; pot. sir. diacode, 3 onces; 2 tasses bouillon de poulet.*)

25. — *Sang des ventouses :* Le caillot est un peu mou; urine d'un rose violet (les parois du verre présentent un reflet rouge), acide, ayant l'odeur de lait récemment trait; circonférence du ventre, au-dessus des épines iliaques, 30 pouces 4 lignes (l'hypogastre est plus tendu qu'hier par des gaz); ventre moins douloureux; 2 selles hier et 1 ce matin; pouls à 80; chaleur modérée; salive très acide; haleine acide; pas de nausées ni de vomissements. (20 *sangs. à l'hypogastre; le reste idem.*)

26. — Salive acide; l'urine exhale une odeur de souris; langue d'un rouge vif, comme écorchée; pouls à 84, assez développé. (8 *sangsues à chaque flanc; le reste idem.*)

27. — L'urine exhale l'odeur de vacherie; la circonfé-

rence du ventre est de 31 pouces 3 lignes; pouls à 80; langue d'un rouge sang de bœuf, lisse. (*Bain tiède; vésicat. volant sur les 2 régions iliaques; lait; bouillon.*)

28. — Même état. (*trait. idem.*)

29. — Hier, vomissement jaune-verdâtre, et vomissement du lait et d'une partie du bouillon. (*Glace à l'intérieur; lavement huileux.*)

30. — Une quinzaine de selles hier dans la journée; langue d'un rouge moins vif et un peu moins sèche. (*Glace à l'intérieur; lavem. guim. pavot; diète.*)

1er *juillet.* — Une vingtaine de selles depuis hier matin; vomissement de bile verdâtre avec quelques flocons muqueux cette nuit (les selles sont claires, liquides, non sanguinolentes); langue rouge et lisse; salive non acide; pouls à 96, peu d'urine. (*Riz; sir. coing; glace à l'intérieur; 1/2 lavem. laudan. goutt.* 15; *pot. laud. goutt.* 15; *diète.*)

2. — Langue d'un rouge vif, lisse; continuation des vomissements; le dévoiement est arrêté; pouls à 108-112. (*Même prescription.*)

3. — Pouls à 116-120; ventre plus volumineux et veines sous-cutanées de l'abdomen plus développées, surtout du côté droit; langue sèche, lisse, ligneuse, un peu fendillée; salive redevenue acide. (*Même prescription.*)

4 *juillet.* — Vomissement de bile; fièvre plus forte; pouls à 116-120, développé; une selle seulement depuis hier. (*Même prescription.*)

5. — Face hippocratique; voix éteinte; langue rouge, sèche, lisse; pouls à 120, très petit; trois selles depuis hier; salive peu acide. (*Lait-orge; le reste idem.*)

Mort à 7 heures du soir.

Autopsie cadavérique, 19 *heures après la mort.*

1° *Organ. abdom.* — Adhérence générale des circonvolutions intestinales entre elles et à la face postérieure de la

paroi abdominale antérieure; l'adhérence a lieu au moyen d'une matière jaunâtre albumineuse, à demi solide dans beaucoup de points; la surface du péritoine qui recouvre les intestins, le foie et l'estomac, est noirâtre. — La membrane muqueuse gastrique est rougeâtre et ramollie dans le grand cul-de-sac; grisâtre et ramollie aussi vers la région du pylore; elle est sensiblement épaissie; le liquide contenu dans l'estomac est acide (1).

2° *Organ. de la poitrine.* — Ils n'offrent aucune lésion notable.

OBSERVATION III.

Salle des femmes, n. 8. — La nommée Viéville, âgée de 49 ans, portière, demeurant rue du Colysée, 5, née à Auguelcours (Aisne); malade depuis plusieurs mois, entrée le 23 avril 1836, morte le 10 juin 1836.

Diagnostic. — ASCITE CONSIDÉRABLE, *suite probable d'une péritonite chronique et d'une affection également chronique du foie.*
ANASARQUE.

Mariée et mère de deux enfants; autrefois d'une forte constitution et bien portante; à Paris depuis vingt-quatre ans.

Il y a deux ans, après une foulure, dit-elle, gonflement, inflammation dans la région du premier métacarpien droit, puis gonflement du bras droit qui a duré près de six mois; la main est restée roide.

Il y a trois mois, douleur dans le ventre, puis gonflement graduel de cette cavité; ni vomissement ni dévoiement au commencement. Amaigrissement considérable depuis cette époque. Elle n'a fait aucun traitement pendant près de deux mois. — Depuis cinq semaines, elle a reçu les soins de M. Gimelle : 30 sangsues ont été appli-

(1) La plupart des organes abdominaux offraient un commencement de putréfaction, favorisée par l'élévation de la température atmosphérique.

quées sur le flanc droit; elle a pris des pilules purgatives et hydragogues.

Elle n'a jamais eu de jaunisse; cependant, il y a dix ans, elle fut, dit-elle, atteinte d'une obstruction au foie, dont elle prétend n'avoir jamais été bien guérie (il lui est resté toujours une douleur dans la région du foie).

Il y a cinq ans, ses jambes enflèrent, dit-elle, pour la première fois.

23 et 24. — Ventre énormément distendu, en forme d'outre, et douleur dans le flanc droit; fluctuation très distincte; résonnance tympanique autour de l'ombilic; bruit humorique dans l'hypogastre et les flancs; on remarque de gros troncs veineux serpentant à la surface de l'abdomen; la circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, est de 42 pouces 6 lignes; infiltration séreuse considérable des membres inférieurs, qui n'a commencé qu'il y a trois semaines, tandis que l'ascite date de deux mois; peau chaude et sèche; urines rendues en petite quantité, épaisses; teinte un peu jaunâtre de la face; langue rouge, un peu sèche dans son milieu; peu de soif; appétit conservé; ni nausées ni vomissement; 4 selles liquides depuis hier; matité à la base de la poitrine à cause du refoulement du foie et de la rate, refoulement qui a soulevé l'extrémité inférieure du sternum; respiration gênée par la même cause (à 28), d'ailleurs le murmure respiratoire est pur.

Le cœur est refoulé en haut, et ses battements ont lieu dans le troisième espace intercostal; impulsion assez forte; bruits assez forts; pouls dur, développé, à 120. (*Orge-chiend. sir. gom.; pot. sir. diacode* 1 *once*; *lavem. émoll.*; 2 *tasses bouillon de poulet.*)

27. — Paracentèse abdominale et bandage compressif après l'opération.

28. — Hier, après la paracentèse, point de tumeur sensible dans l'abdomen, qui était généralement douloureux.

— Sérosité verdâtre avec flocons albumineux (à peu près 10 à 12 litres). Ce matin, le ventre est déjà rempli d'une grande quantité de liquide, et la fluctuation est évidente. (*Pot. avec oxymel scillitique*; 1/8 *d'aliments.*)

6 *mai.* — Ascite revenue presque au même point qu'au moment de la ponction.

11. — Douleur forte dans le flanc droit. (***Foment. camph. sur le ventre.***)

21. — Nouvelle paracentèse. (***Foment. aromat. sur le ventre.***)

6 *juin.* — L'urine de la veille exhale une odeur d'œufs pourris, elle se trouble un peu au fond par l'acide nitrique; le marasme est extrême.

10. — Mort.

Autopsie cadavérique 23 heures après la mort.

1° *Organes digestifs et annexes.* — Il existe une quantité considérable (au moins 2 seaux) d'un liquide clair dans la cavité péritonéale; foie atrophié, globuleux, ne présentant plus sa forme ordinaire, *offrant des adhérences nombreuses, blanchâtres, avec la face inférieure du diaphragme*; à l'incision, son tissu est sec, jaunâtre (l'élément rouge a presque entièrement disparu); la vésicule contient une bile noire et épaisse.

L'estomac est distendu par des gaz; un peu de rougeur dans la région du cardia.

Les reins sont sains; leur tissu est compacte, comme condensé par la compression; il en est ainsi de la rate, qui offre d'ailleurs des granulations blanchâtres au-dessous de la membrane séreuse. — Kyste hydatique de l'ovaire droit; entre la face inférieure du foie et le colon transverse existe une autre masse hydatique; le tissu de l'utérus est compacte et serré. — Comprimés par l'épanchement, les intestins sont d'ailleurs sains, excepté le colon transverse qui offre quelques rougeurs par plaques.

2° *Organ. circulat. et respirat.* — A la face antérieure du cœur existe une plaque blanchâtre; une des lames de la valvule mitrale est épaissie à son bord libre, mais bien conformée. Cœur sain d'ailleurs.

Le poumon droit est sain.

Le poumon gauche est adhérent par ses faces antérieure et externe à la paroi thoracique correspondante. On trouve des gouttelettes de pus de bonne nature en différents points de l'adhérence; la surface correspondante du poumon est d'un rouge noir; il y a deux verres environ de sérosité sanguinolente dans la cavité pleurale gauche (pleurésie hémorrhagique). Le tissu du poumon gauche présente, en plusieurs points, des noyaux indurés contenant du pus à leur centre; ailleurs le tissu pulmonaire est compacte et condensé par suite de la compression qu'il a subie.

CHAPITRE II.

Bronchite ou catarrhe pulmonaire chronique *simple*.

Je ne rapporterai dans ce chapitre que les cas de bronchite chronique *simple*, je veux dire non accompagnée de tuberculisation pulmonaire évidente. Je réserve pour le chapitre suivant les cas dans lesquels cette dernière affection avait lieu.

Six observations seulement appartiennent à la bronchite chronique non évidemment tuberculeuse. Trois ont pour sujets des hommes, et trois, des femmes. Ces observations sont trop peu nombreuses pour donner lieu à des considérations générales. Je me bornerai donc à leur pure et simple exposition.

OBSERVATION I.

Salle des femmes, n. 9. — La nommée Delarue, âgée de 29 ans, couturière, demeurant rue du Cœur-Volant, 4, née aux Villesières (Cher); malade depuis 3 mois, entrée le 20 avril 1836, sortie le 15 mai 1836.

Diagnostic. — BRONCHITE CHRONIQUE *avec sécrétion séreuse.* (*Bronchorrée.*)

D'une constitution lymphatique; à Paris depuis trois ans.

Sujette au rhume (elle dit s'enrhumer dans toutes les saisons et n'avoir jamais craché de sang). Elle toussait et crachait depuis deux mois environ, lorsqu'il y a trois semaines, elle fit sa quatrième couche.

Les lochies s'arrêtèrent presque aussitôt après l'accouchement. Depuis cette époque on lui a mis en deux fois trente-quatre sangsues au ventre et aux cuisses. Huit jours avant l'accouchement on l'avait saignée, et pour ses rhumes antérieurs, elle avait un vésicatoire au bras et sur le devant de la poitrine.

21 *avril.* — Depuis ce matin, le crachoir a été rempli d'un liquide glaireux, à la surface duquel on remarque des bulles d'air et des flocons muqueux; teint fané, terreux; maigreur; peau d'une température modérée; pouls à 80-84, étroit, mou; respiration facile dans le repos; essoufflement et battements de cœur si la malade marche un peu vite ou monte un escalier; résonnance assez bonne au-dessous de chaque clavicule; léger râle humide dans la région du vésicatoire; résonnance bonne dans toute l'étendue de la poitrine en arrière; rien du côté du cœur; langue rosée, humide; ventre souple; pas de dévoiement; point d'écoulement lochial. (*Viol. guim sir. gom.*; *lichen avec lait et sir. de coing*; *sécher le vésicatoire de la poitrine*; *pot. gom. sir. diacode* 1 *once*; 2 *bouill. de poulet*; 1/2 *tasse de lait coupé avec l'eau de gruau.*)

22. — Crachoir plein d'un liquide séreux dans lequel nagent à peine quelques flocons muqueux (crachats phlegmorrhagiques par excellence). (1 *Crème de riz ; du bouill. et du lait.*)

23. — Crachats un peu moins abondants qu'hier ; résonnance bonne en arrière des deux côtés ; respiration forte, bruyante, un peu humide, du côté gauche en arrière. (*Inspirations d'air chaud à* 55-60°.)

24. — Les deux inspirations d'air chaud administrées par M. Richard Desruez ont été suivies d'un peu de malaise.

Les jours suivants, on continue les inspirations d'air chaud et on prescrit des pilules d'extrait gommeux d'opium. La malade mange le 1/4.

Les crachats deviennent moins abondants, plus épais ; le pouls descend à 72, et la malade sort dans un état très satisfaisant le 15 mai, vingt-cinq jours après son entrée.

OBSERVATION II.

Salle des hommes, n. 22. — Le nommé Vactmadoire, âgé de 32 ans, cuisinier, demeurant rue Traversière-Saint-Louis, 11, né à Mercerie-Jemellie (Savoie) ; malade depuis 45 jours, entré le 16 mai 1836, sorti le 5 juin 1836.	*Diagnostic.* — BRONCHITE CHRONIQUE.

Marié ; d'un tempérament lymphatico-sanguin ; bien constitué ; bonne santé habituelle ; à Paris depuis douze ans.

En 1824, *fluxion de poitrine,* maladie sur laquelle il ne peut donner des détails exacts.

Il est enrhumé depuis six semaines ; il n'a pas craché de sang. (Quinze sangsues au-devant du sternum, où il existait de la douleur, 1 saignée ; cataplasme ; magnésie et sel de nitre.

Le malade a d'ailleurs continué à manger et à travailler.

16 *mai soir et* 17 *à la visite.* — Crachats muqueux peu abondants; douleur dans la région sternale et au niveau du sein gauche, augmentant dans la toux et l'inspiration forte et qui se fait sentir aussi dans le dos, entre les épaules; résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés; en arrière, à gauche en bas, on entend un râle à bulles assez fines, qui se rapproche du râle sous-crépitant dans quelques endroits (point de souffle ni de bronchophonie, ni d'égophonie); on entend le même râle à droite en arrière en bas, et un peu en dehors; ce râle s'entend dans l'inspiration et l'expiration; pouls à 88, peu développé; peau sèche; langue d'un rouge vif; peu d'appétit; pas de soif; ventre souple, indolent; foie un peu gros; une selle tous les jours. (*Viol. guim sir. gom*; *look blanc thridace gr.* 6; *empl. de poix de Bourgogne avec émét. gr.* 25 *sur la poitrine*; *lavem. émoll*; *diète.*)

18. — Le malade a vomi ce matin une grande quantité d'une bile verte, porracée.

Il se trouve mieux; résonnance toujours bonne en avant des deux côtés (il en est de meme de la respiration); résonnance et respiration normales en arrière des deux côtés, excepté dans la région du scapulum droit où l'on entend du râle muqueux et dans la partie inférieure du côté gauche où existent des craquements et un bruit de frottement pleural léger, qui ne masque pas complétement le murmure respiratoire; fièvre nulle. (*Catapl. arrosé de* 40 *gouttes d'huile de croton-tiglium sur la région de l'omoplate droite.*)

Les jours suivants, le malade sue et se sent d'ailleurs soulagé. (*Du lait*; *des bouillons*; *des potages.*)

1er *juin.* — Les sueurs sont toujours fréquentes, et en diverses parties du corps, mais principalement dans la région des flancs, *on observe de nombreux sudamina*; la température de la peau n'est pas augmentée au moment de la

visite (32° sur l'abdomen) ; crachats séro-muqueux, jaunâtres; la résonnance et la respiration sont normales, en avant et en arrière; cependant, le malade dit toujours éprouver en toussant un peu de douleur dans la région du sternum (la respiration est pure dans ce point); pouls à 68; langue humide, nette; bon appétit. (*Catapl. sur le sternum*; 1/2 *d'aliments maigres.*)

Les jours suivants, le malade se trouve tout-à-fait bien, et il sort le 5 juin.

OBSERVATION III.

Salle des femmes, n. 2. — La nommée Gabriel, âgée de 40 ans, marchande des quatre-saisons, demeurant rue de Bussy, 26, née à Paris; malade depuis 1 mois à 1 mois 1/2, entrée le 9 avril 1836, sortie le 24 avril 1836.

Diagnostic. — BRONCHITE GÉNÉRALE, *commençant à passer à l'état chronique.*

Engorgement pneumonique du sommet du poumon droit?

Mariée, mère de dix-sept enfants; d'une constitution lymphatique; cheveux châtain-foncé, peau fine; habituellement bien portante.

Cette femme toussait déjà depuis une quinzaine de jours, lorsqu'il y a un mois elle fut prise de fièvre avec douleur à la partie moyenne du sternum et dans le dos. (On applique 10 sangsues à l'épigastre et on fait une saignée.)

La malade ne sait à quoi attribuer au juste sa maladie; elle est exposée au froid par sa profession (marchande au coin des rues).

9 *avril soir.* — Sonoréité bonne et murmure respiratoire naturel dans toute l'étendue de la poitrine, excepté dans la région du sommet du poumon droit, où l'on entend en avant et en arrière du râle muqueux à grosses bulles; toux, surtout pendant la nuit; crachats muqueux, opaques, d'un jaune légèrement verdâtre; pouls petit, à 100; peau chaude et légèrement moite; teinte de la face jaunâ-

tre; langue rouge et un peu sèche, surtout au milieu; envies de vomir; pas de selles depuis 8 jours; douleur dans le flanc gauche et dans l'hypogastre à la pression.

Le toucher fait reconnaître les particularités suivantes : Col utérin volumineux, peu douloureux au contact du doigt; le corps de cet organe est plus douloureux à la pression; écoulement en blanc qui date depuis plus de 8 ans.

10 *avril.* — Crachats muqueux, albumineux, contenant du sang non combiné intimement avec le mucus; pouls à 100-104, mou; peau un peu moite; le côté droit paraît plus bombé que le gauche (la circonférence de la poitrine, prise immédiatement au-dessous des seins, est de 15 pouces 1/2 à droite et de 14 pouces 1/2 à gauche); à gauche au-dessous de la clavicule, rhuncus sibilant; dans la même région à droite on entend des craquements et un bruit de cuir neuf; en arrière à gauche, rhuncus de corde de basse et résonnance assez bonne; en arrière à droite matité presque complète en haut, et respiration vésiculaire presque nulle; plus bas, râle imitant le bruit que fait l'air en traversant les fosses nasales enchifrenées (pendant les inspirations le râle est ronflant); difficulté à respirer en montant; langue rosée, humide. (*Viol. guim. sir. gom.; vent. scar. dans la région du scapulum droit, 2 à 3 pal.; catapl.; julep sir. diacode 1 once; lav. émoll.; diète.*)

11 *avril.* — Moins de toux dans la nuit; pouls à 108, petit, peu développé; peau chaude et moite (la malade a mouillé deux chemises depuis hier); vingt inspirations; crachats muqueux ne contenant pas de sang.

Sang des ventouses. — Rondelles avec petites couennes en quelques points. (*Une saignée de 2 palettes 1/2.*)

12. — *Sang de la saignée.* — Caillot glutineux, recouvert d'une petite couenne.

13 et 14. — Pouls à 100; peau un peu moins chaude; râle ronflant des deux côtés en arrière. (*Une tasse bouill. de poulet; lait-gruau.*)

15. — Pouls à 100-104. (*Une saignée de 2 palettes; diète.*)

16. — A peine a-t-on tiré un palette et demie de sang, la malade s'étant trouvée mal.

17. — Douleur dans le côté gauche de la poitrine, ce que la malade attribue au froid ; rien d'anormal dans les bruits du cœur; un peu de râle sifflant. (*Looch blanc diacode ; cataplasmes ; lavement émollient ; lait-gruau.*)

18. — Pas de selle depuis dix-huit jours, dit la malade. (*Eau de Sedlitz 3 verres ; 1 pot bouill. aux herbes.*)

19. — Plusieurs selles hier après l'eau de Sedlitz.

21 et 22. — La malade va mieux. (*Bouillon; lait; potage.*)

23. — Résonnance assez bonne en arrière, à droite, au sommet; respiration bonne des deux côtés, en avant et en arrière (le rhuncus existe à peine). (1/8 *d'aliments*, 1/2 *tasse de vin.*)

24. — Sortie.

OBSERVATION IV.

Salle des hommes, n. 5. — Le nommé Cuenot, âgé de 40 ans, journalier, demeurant rue de l'Épée-de-Bois, 4, né à Belieux (Doubs); malade depuis 2 mois, entré le 6 août 1836, sorti le 22 août 1836.

Diagnostic. — BRONCHITE CHRONIQUE. (*Râle sibilant et un peu de râle sous-crépitant à la base du poumon droit ; bruit de frottement pleural, le tout sans fièvre.*)

Marié ; d'une forte constitution ; brun ; bonne santé habituelle.

A partir de 1820, il a eu quelques atteintes de rhumatisme sans fièvre.

En 1826, il a craché du sang pendant quelques mois par suite des secousses de l'équitation.

Au mois de mai 1834, un rhume négligé qui a duré deux mois.

Il y a deux mois, à la suite de grandes fatigues et d'alternatives de chaud et de froid, il est survenu un nouveau rhume.

6 *août*. — Toux; douleur continue, déchirante dans la toux et l'inspiration, augmentant à la pression, étendue depuis la colonne vertébrale jusqu'à la partie antérieure du sternum, en suivant le trajet des dernières fausses côtes sternales droites; il existe aussi de la douleur à gauche, mais moins vive; la toux est plus fréquente le matin; expectoration séro-muqueuse peu abondante (la partie muqueuse est opaque et jaune-verdâtre); résonnance et respiration bonnes partout; à droite, en arrière (au sommet et dans la fosse sous-épineuse), râle ronflant; à droite, en dehors (au-dessous du sein), quelques craquements secs à la fin de l'inspiration; langue rosée, humide; bouche fétide, amère; soif vive; ni nausées, ni vomissement; point de douleur dans le ventre; le foie et la rate ne débordent pas; une selle naturelle tous les jours; pouls à 60, régulier, tendu, peu développé; bruits du cœur normaux; le malade dit éprouver de l'essoufflement en marchant vite ou en montant; point de bruit de diable dans les carotides; peau de chaleur modérée et sèche; point de céphalalgie ni de douleur dans les membres; le malade est venu à pied à l'hôpital.

7. — Insomnie la nuit dernière; crachats séro-muqueux, spumeux (plus albumineux que muqueux), en quantité moyennne; en arrière, en bas, à droite, râle muqueux fin, semblable au râle sous-crépitant; bruit de frottement pleural à la partie inférieure externe du côté gauche; pouls à 60-64, régulier; température abdominale à 35-36°; moiteur légère; urine rendue depuis trois heures, acide, trouble, avec sédiment épais. (*Vent. scarif. sur les côtés de la poitrine, 4 pal.; catapl.; viol. guim. sir. gom.; julep sir. diacode 2 onces; lavem. émoll.; 2 tasses de bouill.; lait.*)

8. — Diminution de la douleur; pouls à 60-64.

Sang des ventouses. — D'une bonne consistance. (*Vésic. sur le côté gauche; le reste idem.*)

9. — Mieux. (*Hydrochlorate de morphine 1/2 gr. sur le vésicatoire.*)

13-14. — Constipation. (*Eau de Sedlitz.*)

15. — Cinq selles depuis hier. (*Le* 1/4; *pruneaux.*)

22. — Sortie. — Le malade se plaint encore de douleurs dans les côtés de la poitrine. — Les râles ont presque entièrement disparu.

OBSERVATION V.

Salle des femmes, n. 2. — La nommée Pelin, âgée de 27 ans, concierge, demeurant rue Hauteville, née à Chaudes-Aigues (Cantal); malade depuis 1 an, entrée le 16 mai 1836, sortie le 4 juin 1836.

Diagnostic. — BRONCHITE CHRONIQUE, *avec dilatation des bronches, et peut-être tubercules pulmonaires.*

D'une constitution grêle, d'un tempérament bilioso-nerveux.

Sujette à s'enrhumer, surtout depuis un an.

Après avoir négligé le dernier de ses *rhumes*, elle fit appeler un médecin, le 16 avril dernier.

Voici la note fournie par ce médecin, M. le docteur Lombard.

« La malade toussait depuis très long-temps et ne faisait rien pour son rhume. A partir du 16 avril, époque à laquelle j'ai commencé à lui donner des soins, deux saignées du bras ont été pratiquées dans l'espace de quatre jours. La première saignée a été de quinze onces, la seconde de douze onces. Les deux saignées ont été recouvertes d'une couenne très épaisse, très résistante, mais le caillot était en bonne proportion avec le sérum. Je crois devoir noter comme circonstance remarquable qu'avant la première saignée, je n'avais trouvé que de la crépitation dans le lobe supérieur du poumon gauche, et que le lendemain la crépitation avait augmenté dans ce même lobe et existait dans tout le lobe supérieur droit. Deux applications de trente sangsues alternant avec les saignées ont eu lieu. Après les émissions sanguines, l'oxide blanc d'antimoine a été ad-

ministré sans aucun effet appréciable soit en bien soit en mal; il a été graduellement porté jusqu'à gr. 35. La digitale a été donnée en lavement, en potion, selon que les parties supérieures ou inférieures du tube digestif semblaient plus propres à la supporter. Deux vésicatoires ont été appliqués, un au bras, l'autre à la partie postérieure gauche et supérieure du thorax. »

16 *et* 17 *mai.* — Résonnance et respiration vésiculaire assez bonnes en avant des deux côtés; râle muqueux, à grosses bulles, sans gargouillement proprement dit, sans pectoriloquie, dans la région sous-claviculaire gauche; respiration et résonnance bonnes à droite en arrière; résonnance moins bonne en arrière dans tout le côté gauche; râle muqueux à grosses bulles avec des craquements en haut, sans pectoriloquie ni gargouillement évident; toux sèche et fréquente; pouls à 80, petit; bruits du cœur normaux; peau chaude et sèche; pas de dévoiement ni de vomissement; amaigrissement considérable depuis un mois; ongles un peu recourbés. (*Guim. viol. sir. gom; look blanc; inspirations chlorurées; emplât. émétisé gr.* 12 *sous la clavicule droite; catapl; lavem. émoll.; lait-gruau.*)

4 *juin.* — Sortie. — La malade est soulagée sans être guérie.

OBSERVATION VI.

Salle des hommes, n. 21. — Le nommé Vaneur, âgé de 41 ans, homme de peine, demeurant rue Aumaire, 17, né à Amiens (Somme); malade depuis 4 mois (recrudescence depuis 8 jours), entré le 2 avril 1836, sorti le 18.

Diagnostic. — CATARRHE PULMONAIRE, ou *bronchite chronique. Tuberculisation granuleuse?*

Marié; d'une constitution de force moyenne; d'un embonpoint médiocre; brun.

Il tousse, dit-il, habituellement depuis l'âge de quinze à

seize ans, à la suite d'une *maladie de cœur* (il n'a jamais eu les jambes ni le ventre enflés).

Il y a cinq ans, il paraît avoir eu une pleurésie dont il fut traité à la Pitié par M. Louis (deux à trois saignées dans les huit premiers jours). Il sortit à peu près guéri, au bout de deux mois.

Il y a deux ans, étant en Portugal, il eut une *jaunisse* à la suite de symptômes d'indigestion.

2 et 3 *avril*. — Peau terreuse; sueur au visage (la nuit, les sueurs ont aussi lieu à l'épigastre); lèvres sèches; langue rosée, humide; peu d'appétit; ventre tendu, volumineux, indolent; selles naturelles.

Crachats séro-muqueux (point de crachement de sang); respiration habituellement gênée, surtout dans les efforts et le travail fatigant; pouls à 64, souple, assez développé; point de voussure dans la région précordiale; la matité du cœur a ses limites normales; à droite, au niveau et en dedans du sein, râle sec de claquement, à bulles assez nombreuses; résonnance faible dans la région inférieure de ce côté depuis le sein jusqu'en bas; résonnance généralement mauvaise en arrière des deux côtés; à gauche en arrière, respiration faible au sommet avec craquements secs, âpres, durs, à la partie inférieure; à droite en arrière, respiration avec craquements au sommet, et avec bruit de corde de basse en bas. (1 *saignée de* 2 *pal.*; *ventouses scarif. en arrière au sommet des deux côtés* 2 *pal.* 1/2; *catapl.*; *viol. et guim. sir. gom.*; *jul. béchiq. thrid. gr.* 6; *diète*.)

4 *avril*. — *Sang des saignées* : — Vestiges de couenne sur les rondelles des ventouses; couenne molle sur le caillot de la saignée du bras.

Pouls à 72; mieux.

Les jours suivants, le malade se lève et travaille au service de la salle.

Le 18 avril il sort dans un état assez satisfaisant.

CHAPITRE III.

Broncho-pneumonie, pleuro-pneumonie chroniques et phthisie ou tuberculisation pulmonaire.

Considérations préliminaires.

En ralliant aux phlegmasies chroniques des bronches et du parenchyme pulmonaire, l'affection qui a été décrite sous le nom de phthisie ou de tubercules pulmonaires, je choque, je le sais, l'opinion de quelques auteurs modernes, dont le nom fait autorité. Je suis par conséquent obligé de commencer par motiver et justifier en quelque sorte ma classification, ainsi que je l'ai fait, lorsque, dans le premier volume de cet ouvrage, j'ai rattaché aux inflammations du tube digestif la fièvre ou affection typhoïde de ces mêmes auteurs.

Je vais donc consacrer ces considérations préliminaires à l'exposition et à l'examen des principaux arguments qui ont été présentés pour ou contre l'origine ou le *processus* inflammatoire des tubercules pulmonaires, par certains auteurs du siècle dernier et de celui dans lequel nous vivons.

§ I.

Doctrine de Baglivi, d'Avenbrugger, de Corvisart, de Stoll, de Pringle et d'Alexis Pujol.

Baglivi paraît être au nombre des auteurs qui ont essayé de faire remonter l'origine de certaines phthisies à une de ces phlegmasies latentes de la poitrine qu'il eut la gloire de signaler l'un des premiers.

Dans le *Novum inventum* d'Avenbrugger, on lit plusieurs passages desquels il résulte clairement que ce célèbre observateur considérait la tuberculisation pulmonaire comme étant la suite, soit d'une phlegmasie pulmonaire aiguë *mal guérie*, soit d'une phlegmasie primitivement lente ou chronique. Le profond et savant traducteur d'Avenbrugger, Corvisart, partage complètement et développe cette doctrine. Malheureusement les expressions de poumon *désorganisé*, *corrompu*, *suppuré*, *squirrheux*, dont ces auteurs se servent, manquent de précision, et, à l'époque où ils écrivaient, la médecine n'avait pas encore pu revêtir le caractère d'exactitude qu'on s'est efforcé de lui imprimer dans ces derniers temps (1).

Dans ses *Aphorismes sur les Fièvres*, Stoll, en parlant des terminaisons de la pneumonie vraie, dit : *Cette maladie dégénère aussi en tumeur scirriforme du poumon, si la matière inflammatoire s'épanche dans la substance du viscère, et s'épaissit en tumeurs ou en tubercules indissolubles* (INQUE TUBERA, TUBERCULAVE COEAT, NON DISSOLVENDA).

Le passage suivant, relatif à la *péripneumonie latente, chronique*, prouve bien que Stoll avait parfaitement saisi les rapports qui existaient entre celle-ci et la phthisie, ainsi qu'entre cette dernière et le catarrhe bronchique : « Si une inflammation des ramifications bronchiques ou une péripneumonie, douce en apparence, attaque un sujet qui ne *s'alite même pas*, on l'appelle péripneumonie latente...; elle est souvent *chronique*, fréquemment *héréditaire*, et se termine alors par la phthisie... Elle a pour causes : 1° celles qui sont propres à produire la pleurésie ou la péripneumonie, mais plus douces ; 2° quelques autres qui lui sont particulières (et celles-ci sont les plus fréquentes). Elle provient en effet d'une pleuro-pneumonie

(1) Voyez l'article du *Novum inventum* ayant pour titre : *Des maladies chroniques dans lesquelles on rencontre le son contre nature du thorax.*

antécédente non entièrement résolue, d'un catarrhe, devenu inflammatoire par négligence, etc.; d'une disposition particulière, originaire ou acquise, à cette maladie, disposition ou *diathèse* que décèle un corps grêle et effilé, avec un accroissement trop grand, prompt et prématuré, une mauvaise conformation du thorax, par cause rachitique, et un assemblage osseux de cette cavité trop petit et trop étroit, proportionnellement au reste du corps, et contenant des poumons trop petits et trop délicats; des épaules ailées, un cou mince et allongé, une figure aimable, des joues constamment colorées...

« Ceux qui sont ainsi prédisposés éprouvent une pleurésie ou pleuro-pneumonie latente (plus haut, Stoll a parlé aussi d'un catarrhe bronchique), à l'occasion d'un exercice, de danse, de refroidissement, le corps étant en sueur, etc..., accompagné de crachement de sang, parfois abondant. Le mal s'adoucit le plus souvent, revenant de temps en temps pendant des années, jusqu'à ce que, avant l'âge de trente-six ans, les malades tombent dans une phthisie incurable (1). »

Pringle a dit que tout rhume récent est une inflammation véritable, quoique légère, de la poitrine; et que *tout rhume négligé et traînant en longueur est une phthisie commençante.*

Après avoir cité cette sentence du célèbre praticien anglais sur la nature des *rhumes*, et avoir ajouté que cette doctrine est des plus justes et qu'elle a été regardée comme démontrée par tous les médecins modernes qui ont écrit sur cette matière, Pujol expose ainsi ses idées sur la phthisie pulmonaire :

(1) Il y a dans ce passage quelques assertions qui manquent d'exactitude : notre intention n'est pas de les commenter ici, n'ayant d'autre intention que de montrer au lecteur que Stoll n'a pas séparé l'étude de la phthisie pulmonaire de celle du catarrhe bronchique et de la péripneumonie chroniques.

« Il est hors de doute, dit-il, que cette sorte de maladie est le produit d'une inflammation *lente* et locale... On convient aujourd'hui sans peine qu'en général toutes les suppurations sourdes de la poitrine supposent une inflammation antérieure, laquelle a été le plus souvent assez faible et assez lente pour n'avoir pas été aperçue. Mais on ne s'imagine pas aussi aisément que le terme de la suppuration étant arrivé, l'inflammation lente ait encore lieu dans les surfaces ulcérées ; et qu'un phthisique, qui crache le pus, puisse être en même temps travaillé de phlogose. C'est pourtant là ce qui arrive le plus souvent, et ce dont il est important d'être bien convaincu, pour faire le choix du traitement qui convient aux phthisies toutes formées... Ce qui le prouve, c'est que les malades qui crachent le pus sont très sujets à ressentir dans leur poitrine de la chaleur, de la douleur et de l'irritation; c'est qu'ils ont fort communément un pouls fréquent et dur, et que le traitement antiphlogistique est celui qui, dans le plus grand nombre des cas, calme le mieux les accidents et dispose le plus efficacement les ulcères à la cicatrisation (1). »

§ II.

Doctrine de M. Broussais.

« L'examen approfondi des inflammations pulmonaires m'a fait voir, dit M. Broussais, qu'elles se liaient les unes aux autres par des rapports tellement multipliés qu'il était impossible de les traiter isolément... En les suivant dans l'état chronique, j'ai reconnu qu'elles aboutissaient toutes à la phthisie pulmonaire. J'entends déjà le lecteur objecter que la phthisie ne tient aux inflammations pulmonaires que par un de ses côtés ; que si elle en est souvent la suite, elle

(1) *Œuvres de médec. pratiq.* d'Alexis Pujol, t. Ier, p. 43 et suiv. ; édit. de 1823, par F.-G. Boisseau.

est produite encore plus fréquemment par un mécanisme tout différent; qu'elle n'est point essentiellement de nature phlogistique, et qu'elle ne mérite point le nom de *phlegmasie*. Je me crois donc obligé de prévenir que l'examen du mode d'action de toutes les causes de la phthisie m'a convaincu qu'elles entretenaient dans l'organe respiratoire une phlogose analogue au catarrhe, à la pleurésie et à la péripneumonie, ou une irritation plus ou moins rapprochée de ces phlegmasies; et que la production des tubercules en était toujours le résultat définitif. Cette manière de voir, ou, si l'on veut, cette théorie, ne saurait être fausse, puisqu'elle est uniquement fondée sur le rapprochement des faits les plus généralement connus et les plus faciles à vérifier (1).

» Il est reconnu de tous les praticiens qu'un grand nombre de personnes périssent par le développement qui se fait, dans les poumons, de certains corps blancs et arrondis qu'on appelle *tubercules*. On convient que la suppuration de ces corps produit la destruction de l'organe, et une fièvre hectique avec émaciation (2); en un mot, qu'il en résulte souvent la maladie qu'on appelle *phthisie pulmonaire*. Mais il s'en faut bien que l'on attribue toutes les phthisies aux tubercules (3). Un médecin, habitué à se rendre compte de ce qu'il voit, voudra-t-il admettre, sur la parole d'une foule d'auteurs, qui se copient les uns les autres depuis plusieurs siècles, cette variété immense de

(1) Pour bien comprendre ce qui suit, il faut savoir que M. Broussais a fait deux grandes divisions des phlegmasies, selon qu'elles affectent tantôt les faisceaux capillaires sanguins ou rouges, tantôt les faisceaux capillaires lymphatiques ou blancs. C'est à une phlegmasie chronique de cette dernière espèce qu'il rapporte la phthisie pulmonaire.

(2) M. Broussais pose en principe que ces tubercules eux-mêmes sont les effets de l'inflammation des divers tissus des poumons. Ailleurs, il dit que les tubercules ne sont autre chose que des glandes lymphatiques chroniquement enflammées.

(3) Baumes, par exemple, admettait alors des *phthisies psoriques*, *scorbutiques*, *rhumatismales*, *nerveuses*, etc.

phthisies pour lesquelles ils établissent des indications souvent contradictoires?... L'anatomiste, accoutumé à l'aspect des viscères, après les diverses maladies, peut-il croire des rapports vagues, fondés sur des ouvertures que certains auteurs ont fait faire par leurs élèves, ou qu'ils ont faites eux-mêmes avec négligence? Il n'y a que l'habitude d'ouvrir les cadavres qui puisse répondre à la postérité de l'exactitude des descriptions consignées dans les livres de pathologie. Que de volumes le perfectionnement de la méthode d'observation rendra bientôt inutiles!...

» Depuis trois ans que j'observe sur l'immense théâtre d'un hôpital militaire, j'ai ouvert TOUS les hommes que la phthisie a immolés sous mes yeux; je n'en ai trouvé qu'un qui portât un ulcère au poumon sans tubercules, et il le devait à la présence d'un corps étranger. Des tubercules, toujours des tubercules!...

L'inflammation chronique qui détruit les poumons est presque toujours, avons-nous dit, entretenue par une dégénérescence des faisceaux lymphatiques dont le tissu de ces organes est rempli (1). »

§ III.

Doctrine de Bayle et de Laënnec.

Deux ans environ après la publication de l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, Bayle fit paraître ses *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, ouvrage qui semble fait tout exprès pour combattre la théorie soutenue et développée avec un rare génie dans celui de M. Broussais.

(1) Après avoir ainsi établi la nature inflammatoire de la tuberculisation pulmonaire, M. Broussais étudie successivement les divers modes d'origine de cette maladie, et de là *la phthisie tuberculeuse dépendante de la péripneumonie et des catarrhes chroniques*, *la phthisie succédant à la pleurésie chronique*, *la phthisie accidentelle de certains auteurs et la phthisie dite spontanée ou constitutionnelle.* (Voy. l'*Histoire des phlegmasies chroniques.*)

La dégénérescence tuberculeuse, dit Bayle, est une maladie chronique; elle est d'une nature spéciale, *et on ne doit pas la regarder comme le résultat d'une inflammation quelconque* des glandes ou du système lymphatique (1).

Cela posé, Bayle examine ce qui arrive lorsque les fièvres éruptives, la péripneumonie, la pleurésie, le catarrhe pulmonaire, l'hémoptysie, les maladies du cœur, la syphilis, se rencontrent chez des phthisiques.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la partie de sa discussion qui a trait à l'influence prétendue de la syphilis, des maladies du cœur, de l'hémoptysie sur la phthisie pulmonaire; mais nous allons voir comment il *raisonne* ou interprète les faits relatifs aux autres maladies ci-dessus indiquées, en tant que considérées comme *origine ou point de départ* de la phthisie pulmonaire, et nous consacrerons quelques notes à la réfutation de ses arguments.

Bayle commence par exposer les résultats *de l'irritation de la membrane muqueuse qui existe chez les individus atteints de rougeole, de scarlatine*, etc. Après avoir dit que *si la plupart des malades dont il s'agit ont le poumon intact, que si presque tous guérissent, il en est quelques autres qui deviennent phthisiques à la suite d'une fièvre éruptive*, il poursuit ainsi :

(1) La définition que donne Bayle de la phthisie pulmonaire mérite d'être signalée : il dit que le caractère générique de la phthisie peut être tiré des symptômes de la maladie ou de sa nature et de son siége, ou ce qui est la même chose pour Bayle, être *artificiel* ou essentiel. Mais il lui paraît indispensable de réunir ces deux caractères.

Voici le caractère ESSENTIEL : « On doit nommer phthisie pulmonaire *toute lésion du poumon qui, livrée à elle-même, produit une desorganisation progressive de ce viscere, à la suite de laquelle surviennent son ulcération, et enfin la mort.*

Voici maintenant le caractère dit artificiel :« On reconnait ordinairement la phthisie à l'aide du CARACTÈRE ARTIFICIEL suivant : *toux, difficulté de respirer, marasme, fièvre hectique, et quelquefois expectoration purulente* (pag. 4 et 5). »

« Parmi ces derniers, quelques uns meurent au bout de quelques mois, dans le dernier degré de marasme, et l'on se persuade que la phthisie a été le résultat de la fièvre éruptive mal traitée, tandis que le germe de la phthisie existait avant l'invasion de cette fièvre (1). En effet, il est quelques uns de ces malades qu'une cause accidentelle fait périr dans les premiers jours qui suivent la fièvre éruptive, ou dans le cours même de cette fièvre, et l'on trouve chez eux les poumons farcis de tubercules, quelquefois ramollis dans leur centre (2). D'ailleurs, ceux qui, à la suite de ces fièvres, parviennent au troisième degré de la phthisie, n'ont pas de simples ulcérations du poumon, comme cela devrait être, si la maladie éruptive avait occasionné une excoriation de la membrane muqueuse des voies aériennes, suivie d'un ulcère du poumon (3).

» Dans cette circonstance, comme après toutes les autres maladies qu'on accuse d'avoir produit la phthisie en ulcérant les poumons, on ne voit que des tubercules et des ul-

(1) C'est ici une assertion gratuite ou une hypothèse sans preuves.

(2) Il ne suffit pas d'alléguer des faits de cette importance : il eût bien mieux valu les rapporter dans tous leurs détails, d'autant plus qu'il n'est rien moins que commun de voir des individus atteints de fièvre éruptive qu'une cause *accidentelle* fait ainsi périr. Mais en admettant les faits rares allégués par Bayle, que prouvent-ils en définitive ? De ce que les individus dont il s'agit auraient eu des tubercules antérieurement à la fièvre éruptive, on devrait en conclure, il est vrai, qu'ils étaient antérieurs à la fièvre éruptive, mais non qu'ils n'avaient pas été précédés de quelque phlegmasie chronique, *quod erat demonstrandum.*

(3) Certes, voilà une explication un peu *subtile* de la part d'un auteur qui, dans sa préface, déclare qu'*il n'a point cherché à expliquer comment la nature agit dans la production de la phthisie, et qu'il n'a jamais su pénétrer des secrets que le Tout-Puissant paraît s'être réservés* (pag. XIII de la préf.). Est-ce la nature et le Tout-Puissant qui ont ici révélé à Bayle que, dans la phthisie consécutive au catarrhe prolongé des fièvres éruptives, les choses *auraient dû se passer* comme il *l'imagine?* Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point, quand il sera question un peu plus loin du catarrhe pulmonaire ordinaire.

cérations qui résultent évidemment des tubercules suppurés (1).

» On voit fréquemment aussi la phthisie venir à la suite de la péripneumonie, et l'on ne manque pas d'accuser de cette funeste terminaison l'insuffisance du traitement administré pour guérir la péripneumonie ; mais l'observation prouve que *souvent* l'affection tuberculeuse a précédé la péripneumonie (2). D'un autre côté, j'ai ouvert *un grand nombre* de sujets morts d'une péripneumonie chronique, et dans ces cas, il n'y avait pas de tubercules dans les poumons qui étaient carnifiés ou hépatisés (3).

» Je puis dire de la pleurésie aiguë ou chronique la même chose que de la péripneumonie (4).

(1) Je ne vois pas, en vérité, ce que peut prouver cela contre l'origine ou la provenance inflammatoire de la phthisie pulmonaire.

(2) Ce n'est pas répondre à la question. On sait très bien que la péripneumonie dont parle ici Bayle (c'est la péripneumonie aiguë, comme le prouvent les deux observations auxquelles il renvoie), peut se déclarer chez des sujets dont le poumon est déjà frappé d'un certain degré de tuberculisation. Mais, encore une fois, ce n'est pas de cela qu'il s'agit ici. En effet, il est question de cas dans lesquels rien n'annonçait l'existence de tubercules pulmonaires chez des individus qui ont succombé à cette affection, après avoir été préliminairement atteints d'une péripneumonie.

(3) Nous verrons plus loin que Bayle est ici en opposition avec Laennec relativement à la fréquence des pneumonies chroniques. Contentons-nous de faire remarquer qu'il est bien vrai que les poumons peuvent ne pas se tuberculiser dans tous les cas de pneumonie chronique, mais que cette circonstance ne prouve nullement que la tuberculisation, quand elle existe, ne soit pas un effet de phlegmasie chronique.

(4) Depuis une vingtaine d'années, j'ai observé un nombre immense de phthisies pulmonaires, et j'ai fait au moins 150 à 200 ouvertures relatives à ce genre de maladie. Or, je ne crois pas avoir rencontré un seul cas dans lequel une tuberculisation du poumon se soit opérée consécutivement à une pleurésie pure et simple. Mais dans un très grand nombre de cas, la pleurésie est précédée, accompagnée ou suivie d'un catarrhe qui passe à l'état chronique, et c'est alors qu'on voit, malheureusement trop souvent, surtout chez les sujets prédisposés, survenir la phthisie pulmonaire.

» Les catarrhes pulmonaires, aigus ou chroniques, ont aussi été regardés comme la cause de la phthisie qui, d'après ce préjugé autrefois universel, s'appelle encore vulgairement *rhume négligé* (1). Mais tous les médecins pensent aujourd'hui que pour l'ordinaire ce prétendu rhume était le premier degré de la phthisie (2). Il faut cependant se rappeler que les tubercules, en irritant les poumons et la membrane muqueuse des voies aériennes, sont bien capables de provoquer et d'entretenir le rhume; et c'est principalement le catarrhe pulmonaire chronique qui, par sa durée et l'abondance de l'expectoration, épuise et fait succomber quelques uns de ceux qui, sans ulcération du poumon, meurent avec la phthisie granuleuse (3). »

Partant de ces considérations, et admettant d'ailleurs comme prouvé, que l'affection tuberculeuse est très probablement de nature scrofuleuse (4), Bayle conclut, en der-

(1) Plût à Dieu que tous les préjugés du vulgaire ne fussent pas plus erronés que celui-ci !

(2) Eh bien ! que conclure rigoureusement de là contre l'origine phlegmasique de la phthisie?

(3) J'avoue que j'ai peine à comprendre comment les granulations pulmonaires *irritent la membrane muqueuse des bronches, provoquent et entretiennent le rhume.* Ce qu'il y a de bien certain, c'est que souvent *le rhume* se déclare long-temps avant qu'aucun signe ait pu faire conjecturer l'existence de tubercules pulmonaires. Je sais très bien que des granulations miliaires, des tubercules disséminés, peuvent exister sans que la percussion et l'auscultation nous en révèlent la présence ; mais ce que je sais mieux encore, s'il est possible, c'est que rien n'autorise à supposer des tubercules *préexistants* chez un grand nombre des sujets qui succombent à la phthisie pulmonaire après avoir éprouvé un catarrhe pulmonaire passé à l'état chronique (*rhume négligé*).

(4) Suivant Bayle, « le vice scrofuleux est une lésion spéciale qui n'est pas l'effet des affections inflammatoires, même chroniques. » Sans doute le vice scrofuleux n'est pas l'effet des affections inflammatoires. Mais la question est de savoir si, chez les individus scrofuleux, les tubercules pulmonaires se rattachent, oui ou non, à une maladie de la nature *des inflammations chroniques.* Pourquoi éluder ainsi les questions en les précisant mal?

nière analyse, que les affections inflammatoires sont bien plus rarement qu'on ne pense des causes déterminantes de la phthisie (1).

L'opinion de Laënnec sur *l'origine* des tubercules pulmonaires ne diffère pas essentiellement de celle de Bayle, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant le traité de l'auscultation médiate.

Selon cet illustre observateur, *il n'y a absolument aucun rapport entre la pneumonie chronique et la phthisie pulmonaire.* Mais au lieu de dire, comme Bayle, qu'il a ouvert un grand nombre de sujets morts de péripneumonie chronique, il commence l'article qu'il a consacré à l'étude de cette maladie, en mettant pour ainsi dire en question son existence même. « *Connaît-on*, dit-il, *des péripneumonies chroniques? Cette question ne pourra paraître étrange qu'aux médecins qui ne se sont nullement occupés d'anatomie pathologique, ou qui ne s'en sont occupés que d'une manière très légère..... Si quelques médecins parlent en ce moment à Paris de la péripneumonie chronique, ils entendent par là, avec les écoles les plus étrangères à l'anatomie pathologique, la phthisie pulmonaire considérée comme terminaison de la péripneumonie* (2). *Cette opinion*

(1) Ainsi donc, après avoir combattu la théorie de l'auteur des phlegmasies chroniques (sans toutefois avoir cité nulle part ni l'ouvrage ni le nom de l'auteur), Bayle arrive à cette conclusion, savoir, que *la phthisie pulmonaire est très probablement de nature scrofuleuse.*

Voilà une conclusion bien satisfaisante et vraiment lumineuse! Qu'est-ce que la nature scrofuleuse de la phthisie pulmonaire? Tous les scrofuleux ne sont pas atteints de phthisie pulmonaire, bien qu'ils y soient prédisposés. Pour que celle-ci se déclare, il faut donc l'intervention d'une *lésion* occasionnelle ou déterminante. Le problème à résoudre était la détermination de la *nature* de cette lésion. Nous avons vu de quelle manière M. Broussais l'avait résolu et quels étaient les arguments que Bayle avait opposés à cette solution. Que les lecteurs éclairés et compétents jugent lequel de ces deux auteurs a tort ou raison.

(2) Laennec ne prétend pas, sans doute, appliquer cette assertion à

est encore celle de M. Broussais, qui semble même la croire nouvelle. »

C'est avec une sorte de complaisance dont je ne me permettrai pas de juger le motif, que Laënnec a combattu l'opinion de M. Broussais relativement à la question de savoir *si les tubercules sont une terminaison du catarrhe.* Voici un extrait de cette discussion. « Aucune opinion n'est plus ancienne, aucune n'est depuis plus long-temps devenue populaire que celle qui veut que le catarrhe *mal traité* ou *négligé* dégénère fréquemment en phthisie pulmonaire. Cette antique opinion n'était basée jusqu'ici que sur une application fausse de cet axiome si souvent mal appliqué : *post hoc, ergò propter hoc.* M. Broussais l'a adoptée sans l'étayer, ce me semble, d'aucunes raisons nouvelles, autres au moins que les *aberrations indéfinies*, qu'il est *persuadé* pouvoir être produites par ce qu'il appelle *l'irritation* (1). » Après avoir dit, *sans le prouver* (2), qu'on trouve des tubercules très volumineux ou très nombreux chez des sujets qui n'ont actuellement aucun signe de catarrhe, chez d'autres qui n'ont pas éprouvé de catarrhes depuis plusieurs années et même qui ne se rappellent pas en avoir jamais éprouvé; après avoir dit, *sans le prouver encore* (3), qu'on voit souvent un catarrhe pulmonaire, survenu tout-à-coup au milieu des apparences d'une santé parfaite, ou après de légères indispositions qui ne paraissaient nullement intéresser la poitrine, être le premier

Bayle, lequel déclare cependant avoir ouvert un *grand nombre* de sujets emportés par une pneumonie chronique. Il est très vrai. d'ailleurs, que si l'on refuse le nom de pneumonie chronique à la tuberculisation pulmonaire, rien n'est plus rare que cette maladie.

(1) Ceux qui liront le beau *Traité des phlegmasies chroniques* sauront à quoi s'en tenir sur la sévérité de cette assertion.

(2) Je ne dis point que cela ne soit pas, et j'ajoute que cela ne prouve pas grand'chose contre l'opinion qu'on attaque.

(3) Je ne veux pas nier non plus cette assertion; j'ajoute encore qu'elle ne prouve pas plus que la précédente.

symptôme apparent d'une phthisie tuberculeuse qui existait déjà depuis long-temps d'une manière latente ; car, en examinant la poitrine de ces sujets, on trouve tous les signes physiques des tubercules, et quelquefois même des tubercules excavés; après avoir dit, d'un autre côté, et cela est incontestable, que des milliers d'hommes s'enrhument plusieurs fois par an, et que dans ce nombre peu deviennent phthisiques ; après avoir dit, ce qui n'est pas bien démontré, que la population maritime de nos côtes est beaucoup plus sujette au catarrhe pulmonaire que les habitants de l'intérieur des terres, et que cependant la phthisie pulmonaire est beaucoup plus rare sur les côtes que dans l'intérieur des terres; après toutes ces assertions, sans toutefois vouloir en *conclure que le catarrhe pulmonaire soit un préservatif contre le développement des tubercules* ; après toutes ces assertions, dis-je, Laënnec croit pouvoir affirmer que le catarrhe n'est pas la cause de la phthisie pulmonaire. Il ajoute que tout praticien qui examinera cette question attentivement et d'une manière suivie et impartiale, conviendra que, si l'on voit quelquefois la phthisie chez les personnes très sujettes à s'enrhumer, un bien plus grand nombre d'entre elles ne deviennent point phthisiques, et que l'on voit au contraire beaucoup de sujets dont le premier rhume n'est autre chose que le catarrhe concomitant de la phthisie et est produit sans doute par l'irritation que les tubercules exercent comme corps étrangers sur le poumon (1).

(1) J'ai déjà dit ce que je pensais de cette assertion que Laënnec répète après Bayle. Je n'y reviendrai pas ; mais je ne puis m'empêcher de relever l'argumentation qui précède. Quoi ! parce que toutes les personnes qui ont eu souvent des catarrhes pulmonaires ne meurent pas phthisiques, on en conclurait que la phthisie pulmonaire n'est pas, dans un *certain* nombre de cas et chez *certains* sujets, la *conséquence* d'un catarrhe pulmonaire ! Assurément, une pareille conclusion n'est pas conforme aux règles de la rigoureuse logique. Ce qu'il importait de déterminer, c'était,

Reprenant la question sous le rapport anatomique, Laënnec avance que : « *pour prouver que la phthisie pulmonaire soit une suite ou une terminaison du catarrhe, il faudrait montrer, le scalpel à la main, toutes les traces du passage de l'une de ces affections en l'autre, problème qui lui paraît non seulement insoluble, mais presque absurde; car le catarrhe pulmonaire est une inflammation de la muqueuse bronchique, et les tubercules sont des productions accidentelles, c'est-à-dire de véritables corps étrangers qui se développent dans la substance pulmonaire* (1). »

1° la proportion exacte des individus chez lesquels la phthisie se déclarait à la suite d'un catarrhe bien spécifié : 2° la prédisposition organique des individus dont il s'agit. D'un autre côté, parce que l'on trouverait des tubercules chez des individus qui n'auraient jamais été enrhumés, s'ensuivrait-il autre chose, sinon qu'un rhume n'est pas une condition indispensable à toute production de tubercules pulmonaires, quelque importante que puisse être d'ailleurs son influence dans un bon nombre de cas ? Et quant à ce premier rhume, qui n'est autre chose que le catarrhe concomitant de la phthisie, outre que l'explication ou la raison qu'on en donne n'est pas des plus heureuses, quel argument peut-on sérieusement en tirer contre l'influence ci-dessus indiquée ? et s'il est des cas où la tuberculisation se présente sous la forme d'une affection inflammatoire, ne sont-ce pas précisément ceux-là ?

(1) De telles objections sont bien plus spécieuses que solides. Pour démontrer qu'une lésion anatomique, une *production accidentelle* donnée, la tuberculisation, par exemple, est un effet plus ou moins direct, plus ou moins prochain de cet état morbide qu'on est convenu de désigner sous le nom d'inflammation chronique, il n'est pas heureusement nécessaire de *montrer, le scalpel à la main, toutes les traces du passage de l'une de ces affections dans l'autre.* S'il en était ainsi, la suppuration elle-même ne saurait être rigoureusement considérée comme une terminaison de l'inflammation. Ce n'est pas seulement avec le scalpel, mais aussi avec un raisonnement qui s'appuie sur des faits bien observés, que l'on démontre les propositions relatives à l'inflammation considérée comme cause de *certaines altérations organiques.*

Or, puisque nous voyons à l'extérieur des ganglions lymphatiques s'enflammer manifestement, et se tuberculiser plus tard, à la suite d'inflammations de la peau et du tissu cellulaire accompagnées de phlébite ou de

« J'insiste sur cette question, dit Laënnec, parce qu'il » me paraît qu'aujourd'hui c'est surtout et presque exclu- » sivement du catarrhe pulmonaire que M. Broussais veut » faire dériver la phthisie tuberculeuse; l'année dernière » (1825), un de ses disciples a avancé, dans une disserta- » tion soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, qu'il » pouvait produire à volonté des tubercules en *irritant* » d'une *certaine manière* les poumons d'un chien et déter- » minant ainsi une inflammation de la membrane interne » des bronches. Interrogé à ce sujet, il a refusé de faire » connaître ses moyens, et je ne sache pas qu'il les ait pu- » bliés depuis. Comme il s'agit ici d'un fait, on ne peut » le juger sans le connaître, et alors seulement on pourra » voir si l'auteur de ces expériences ne se serait pas trompé » et n'aurait pas pris du pus pour des tubercules; erreur » très pardonnable d'ailleurs dans un disciple de M. Brous- » sais, qui lui-même ne paraît reconnaître aucune diffé- » rence entre ces deux sortes de productions (1). »

lymphangite, n'est-il pas permis de considérer comme les analogues de ces faits irrécusables ceux dans lesquels on voit les ganglions bronchiques et mésentériques tuberculisés chez des individus qui ont présenté des symptômes d'inflammation chronique de la membrane muqueuse intestinale ou bronchique? et lorsque la tuberculisation envahit le poumon lui-même, est-il donc défendu de rapporter *ce même effet à la même cause*? Ce n'est pas à dire pour cela que la tuberculisation, à l'extérieur comme à l'intérieur, ne puisse jamais s'opérer d'une manière directe. Mais dans ce cas, sa nature reste toujours la même, et si elle est inflammatoire dans le premier, ce qui, à notre avis, est incontestable, elle l'est aussi dans le second.

(1) M. Broussais et les vrais observateurs qui ont adopté, après l'avoir contrôlée par les faits, la doctrine de cet illustre maître sur l'*origine* de la tuberculisation, professent que la matière désignée sous le nom de pus offre de grandes différences, selon qu'elle est le produit d'une inflammation aiguë ou chronique, selon qu'elle est sécrétée par tel ou tel tissu, selon les métamorphoses qu'elle a subies en séjournant dans les interstices des tissus ou dans les cavités, selon la constitution des sujets, etc. Les vrais observateurs savent que le pus d'un *abcès froid* n'est

§ IV.

Doctrine de M. Andral.

Des faits qu'il a rassemblés dans sa *Clinique médicale*, relativement à la nature et au siége des tubercules pulmonaires, et des discussions auxquelles ces faits ont donné lieu, M. Andral a tiré les treize conclusions suivantes :

1° Les tubercules pulmonaires sont le produit d'une sécrétion morbide.

2° Il ne semble point convenable de les désigner sous le nom de tissus, puisqu'ils n'en ont aucun des caractères anatomiques.

3 Le travail pathologique qui précède la sécrétion tuberculeuse est une congestion sanguine active, semblable à celle qui précède tout travail sécrétoire normal et anormal (1).

pas celui d'un *abcès chaud* : que les chirurgiens eux-mêmes désignent sous le nom de pus *tuberculeux* le pus de quelques uns de ces abcès, lesquels sont bien réellement des effets d'une inflammation lente, sourde, *chronique*. Frappés de toutes ces considérations, les observateurs dont il s'agit ont bien pu se demander si la matière dite tuberculeuse, dans les cas où elle se présente sous forme de produit sécrété, ne serait pas une des nombreuses variétés de ce qu'on a désigné sous le nom de pus. Mais ils n'ignorent pas qu'il faut procéder ici avec toute la réserve convenable, et que, pour résoudre cette question, il faudrait commencer par bien s'entendre sur la définition des mots tubercule et matière tuberculeuse. Ce n'est point par des ironies et des sarcasmes qu'on dissipera les obscurités qui enveloppent encore un sujet aussi grave.

On a récemment annoncé que M. le professeur Lallemand avait constaté dans la matière tuberculeuse les mêmes éléments chimiques que dans le pus. Que les expériences de ce profond et ingénieux observateur soient répétées, qu'on en fasse d'autres, qu'on les multiplie, qu'on les varie autant que possible, et le moment viendra où l'on pourra se prononcer sur une question aujourd'hui fort litigieuse.

(1) Dans la seconde édition de son ouvrage, M. Andral a corrigé ainsi qu'il suit cette doctrine : *Tout en reconnaissant encore qu'une hypé-*

4° Cette sécrétion peut également avoir lieu dans plusieurs des tissus qui entrent dans la composition du poumon.

5° L'observation démontre que la matière tuberculeuse peut être sécrétée, soit à la surface libre des bronches, soit dans le tissu cellulaire qui unit entre elles les différentes parties du poumon.

6° Il est probable, mais il n'est pas prouvé que lés ganglions lymphatiques pulmonaires sont quelquefois le siége des tubercules.

7° L'opinion qui place la cause exclusive des tubercules dans une inflammation des vaisseaux blancs, et leur siége exclusif dans ces vaisseaux et leurs ganglions, est en opposition avec plusieurs faits bien observés (1).

8° On trouve quelquefois les vaisseaux lymphatiques du poumon et d'autres organes remplis d'une matière qui paraît identique à la matière dite tuberculeuse.

9° Les granulations pulmonaires de Bayle ne sont point des tubercules à l'état naissant.

rémie, infiniment variable en intensité, précède très souvent la sécrétion tuberculeuse, et doit en être regardée comme la cause occasionnelle la plus fréquente, je ne pense plus aujourd'hui que l'existence antécédente de cette hypérémie soit nécessaire à la formation du tubercule; je crois que, dans plus d'un cas, ce n'est que par hypothèse qu'on peut l'admettre; à mon avis, le dépôt de la matière tuberculeuse au sein d'un tissu n'exige pas nécessairement qu'il y ait eu dans ce tissu ou accroissement ou diminution de l'action vitale; il y a seulement perversion de sa force normale de sécrétion. Cette perversion elle même peut être le produit d'une irritation antécédente toute locale; elle peut aussi en être indépendante: elle peut enfin être liée aux conditions générales d'innervation et d'hématose dans lesquelles se trouve placé un individu, soit originairement, soit accidentellement.

Ces savantes reflexions ne prouvent que trop combien est obscur le mécanisme *intime* de la tuberculisation, et que M. Andral n'a pas encore d'idées bien arrêtées sur ce point.

(1) On voit que M. Andral n'attaque cette partie de la doctrine de l'auteur de l'*histoire des phlegmasies chroniques* que comme *opinion exclusive.*

10° Ces granulations sont rouges et molles avant d'être grises et dures.

11° L'apparence de granulations ne se manifeste qu'artificiellement, après l'incision ou la déchirure des lobules pulmonaires.

12° Ces granulations ne sont pas une production nouvelle.

13° Elles sont constituées par des portions de lobules, isolément enflammées.

Dans l'article qu'il a consacré aux *symptômes qui marquent le début de la phthisie pulmonaire*, M. Andral a développé, avec le talent supérieur qu'on lui connaît, une doctrine qui se rapproche beaucoup de celle de M. Broussais.

Il commence par établir qu'avant l'apparition des signes qui annoncent l'existence des tubercules pulmonaires, on remarque le plus ordinairement, mais avec des degrés variables de fréquence, l'un des trois états morbides suivants : 1° une simple inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes ; 2° une ou plusieurs hémoptysies ; 3° une inflammation du parenchyme pulmonaire ou des plèvres. (M. Andral dit, avec raison, que l'inflammation de la membrane muqueuse aérienne, sans complication de phlegmasie du parenchyme pulmonaire, est certainement l'affection que l'on observe le plus fréquemment chez les individus qui, plus tard, ont présenté des signes de phthisie pulmonaire.)

Ce point bien établi, M. Andral n'hésite point à considérer les tubercules pulmonaires comme ayant pour point de départ une simple inflammation des bronches, ou *une véritable pleuro-pneumonie.*

« Enfin, dit-il, existe-t-il des cas dans lesquels il soit possible de démontrer que la formation des tubercules pulmonaires n'a été précédée d'aucune irritation, congestion ou inflammation, soit des bronches, soit du paren-

chyme pulmonaire? Sans doute, il est très possible que plusieurs des individus chez lesquels on assure avoir trouvé des tubercules pulmonaires n'aient jamais eu ni inflammation du parenchyme du poumon, appréciable par les symptômes, ni même de bronchite intense. Mais, pour le poumon comme pour tous les autres parenchymes, pour la muqueuse bronchique comme pour tous les autres tissus membraneux, n'existe-t-il pas des irritations latentes? Dans combien de circonstances et sous l'influence de combien de causes ne voit-on pas le poumon devenir le siége de congestions sanguines fort remarquables, sans que ces congestions produisent d'ailleurs actuellement un véritable état pathologique? Mais, chez des individus prédisposés à la modification de nutrition qui constitue le tubercule, ces irritations, ces congestions, quel que soit d'ailleurs leur peu d'intensité, ne pourront-elles pas déterminer la sécrétion de la matière tuberculeuse? N'est-ce pas ainsi qu'à l'extérieur, le développement de cette matière dans les ganglions lymphatiques est précédé de l'engorgement, de l'hypertrophie de ces ganglions? N'est-ce pas encore ainsi que des abcès peuvent se former, chez certains individus, sans avoir été précédés d'aucun signe d'inflammation, de telle sorte qu'on n'est averti de la formation du pus que lorsque la collection existe déjà sous la peau? Cependant, comme dans l'immense majorité des cas la production du pus est précédée d'un travail inflammatoire évident, les chirurgiens n'hésitent pas à regarder, comme étant également le résultat d'une phlegmasie, les abcès dont il s'agit; le même raisonnement peut s'appliquer à la question du développement des tubercules pulmonaires... .

» Mais si l'inflammation, ou un travail analogue, est la cause des tubercules, pourquoi ne les produit-elle pas chez tous les individus? Cette question peut se réduire à celle-ci : Pourquoi l'inflammation se termine-t-elle tantôt par induration, tantôt par suppuration, tantôt par gan-

grène? Pourquoi les phlegmasies des séreuses donnent-elles lieu à des produits qui tantôt peuvent s'organiser et tantôt n'offrent rien de semblable? Pourquoi les phlegmasies des membranes muqueuses déterminent-elles dans un cas des ulcérations qui peuvent s'étendre en largeur ou en profondeur; dans un second cas, des végétations? Pourquoi les mêmes membranes s'indurent-elles chez les uns, se ramollissent-elles chez les autres, etc.? Certes, nous ne concevons pas mieux comment toutes ces altérations peuvent être le résultat d'un travail inflammatoire, que nous ne le concevons pour les tubercules... Si donc l'observation vous conduit à admettre plusieurs espèces d'inflammation, non seulement sous le rapport de leur nature, mais encore sous le rapport de leurs résultats, ainsi que l'avait fait Hunter, lorsqu'il distinguait une inflammation adhésive, ulcérative, suppurative, l'analogie la plus sévère vous conduira à admettre une espèce d'inflammation ou autre travail, qui n'en différera que du moins au plus, et dont le résultat sera la formation de la matière tuberculeuse.

» Ici donc, comme dans une foule d'autres cas, il faut admettre une prédisposition sans laquelle les tubercules ne se formeront pas, tandis que si elle existe à un haut degré, le plus léger dérangement dans le travail nutritif habituel d'un tissu suffira pour les produire (1). »

Il y a loin de cette doctrine, où M. Andral se montre le digne continuateur de M. Broussais, à celle de M. Louis, par laquelle nous allons terminer ces courtes recherches historiques. En effet, soit en ce qui concerne la phthisie

(1) C'est avec un vrai plaisir que je mets sous les yeux du lecteur cette belle discussion. Je regrette d'être obligé de rapporter ici la note suivante, dans laquelle M. Andral semble craindre de s'être un peu trop avancé en s'exprimant comme nous venons de le voir : « J'ai déjà dit, dans une note précédente, qu'il me semble que le dérangement de nutrition ou de sécrétion suffisant pour produire les tubercules peut exister sans qu'un travail d'irritation l'ait nécessairement précédé. »

pulmonaire, soit sous le rapprt de la philosophie médicale, l'auteur que nous venons de nommer se constitue disciple de Bayle, lequel enseignait qu'*il suffit d'avoir des yeux et de la patience pour amasser des observations*; *que l'art de faire des recherches en médecine est presque réduit à une sorte de mécanisme, et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un grand talent pour composer un ouvrage utile* (Préf. des *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, pag. 15) (1).

§ V.

Doctrine de M. Louis.

Dans le chapitre qui traite des causes de la phthisie, M. Louis nous déclare que ses observations ne lui ont pas appris la cause des tubercules pulmonaires, mais qu'elles l'ont amené à des conclusions opposées à la doctrine de l'irritation.

D'après 80 observations de M. Louis, la péripneumonie est sans influence sur le développement de la phthisie. Suivant lui, les observations de M. Broussais ne sont pas plus probantes, et il lui paraît clair que l'opinion de cet auteur est conjecturale, puisqu'au lieu d'y avoir dépendance entre la péripneumonie et les tubercules rencontrés chez les malades observés par M. Broussais, il pourrait bien n'exister qu'une simple coïncidence entre ces deux maladies d'ailleurs très différentes. Il ajoute que la péripneumonie se développe

(1) Dans la préface de ses *Recherches sur la phthisie* (pag. XIX), M. Louis dit aussi que c'est presque uniquement à un travail *tout mécanique* qu'il a réduit le sien sur l'ensemble des faits qu'il a recueillis, persuadé, ajoute-t-il, que l'ouvrage le plus utile serait l'analyse la plus fidèle du plus grand nombre possible d'observations exactes sur un objet déterminé. Comme si l'*exacte collection des faits* et leur *analyse* bien entendue et bien exécutée étaient un travail tout mécanique, et ne supposaient pas la réunion des plus hautes facultés de l'entendement!

le plus ordinairement de la base au sommet des poumons, et que les tubercules pulmonaires se développent presque constamment d'une manière inverse ; que la péripneumonie occupe rarement les deux côtés de la poitrine, et que la phthisie existe presque toujours dans les deux poumons ; que la phthisie est moins fréquente chez l'homme que chez la femme, et que c'est l'inverse pour la péripneumonie (1).

L'influence du catarrhe pulmonaire ne semble pas mieux démontrée à M. Louis que celle de la péripneumonie. Des quatre-vingts malades qui avaient pu lui rendre compte des affections qu'ils avaient éprouvées antérieurement au début de la phthisie, vingt-trois seulement étaient fort sujets au catarrhe pulmonaire, cinquante-deux en étaient rarement atteints, d'où il conclut qu'on ne saurait considérer la phthisie comme une des suites du catarrhe pulmonaire, *et qu'il n'y a pas de relation évidente entre ces maladies.*

Il ajoute que les femmes, qui, d'après ses observations, sont plus exposées à la phthisie que les hommes, sont moins sujettes au catarrhe pulmonaire, du moins à celui qui est assez fort pour exiger quelques soins. (Sur cent quarante-neuf cas recueillis par lui, cinquante-deux seulement appartenaient aux femmes.)

Ainsi, poursuit cet auteur, soit que l'on étudie l'inflammation du parenchyme pulmonaire, ou celle de la membrane muqueuse des bronches, relativement à la phthisie, on arrive au même résultat : *Le sexe qui semble le plus exposé à la phthisie, est le moins sujet à l'une ou à l'autre de*

(1) En admettant comme bien démontrées toutes ces assertions (et elles ne le sont pas toutes), elles ne prouvent absolument rien contre ce que M. Louis appelle *la doctrine de l'irritation*. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler les réflexions de M. Andral, et de parcourir ce que nous allons dire plus loin. (Voyez aussi la seconde section de ce chapitre.)

ces phlegmasies, et cela dans la proportion d'un à trois (1).

M. Louis termine en disant que quand bien même on serait parvenu à démontrer, par une suite de faits bien observés, que le catarrhe pulmonaire et la péripneumonie exercent une influence directe sur le développement de la phthisie, on n'aurait pas encore prouvé que ces maladies en sont la cause nécessaire, que sans l'une ou l'autre d'entre elles, elle ne saurait avoir lieu, et que ses observations de phthisie aiguë lui semblent prouver le contraire (2).

(1) De cette manière étroite de discuter l'influence du catarrhe et de la pneumonie chroniques sur la production des tubercules pulmonaires à la manière vraiment large et approfondie de MM. Broussais et Andral, il y a réellement la distance du ciel tout entier. Et c'est après une aussi faible réfutation de ces deux célèbres observateurs que M. Louis affirme que, « pour CONSIDÉRER désormais les tubercules pulmonaires comme le résultat de l'inflammation chronique des bronches et du parenchyme pulmonaire, les CONSIDÉRATIONS de toute espèce sont insuffisantes (pag. 527)! »

Quoi qu'il en soit, puisque les observations de M. Louis, relativement à l'influence du catarrhe sur le développement des tubercules pulmonaires, sont ainsi contradictoires à celles de MM. Broussais, Andral, et à celles que j'ai recueillies moi-même, il serait facile de décider quelles sont celles qui ont été faites avec le plus de soin et d'exactitude, si une commission d'enquête bien organisée était chargée d'étudier cet objet.

(2) Mais la question n'est pas de savoir si la bronchite et la pneumonie sont la cause *sine quâ non* des tubercules pulmonaires ; il s'agit seulement de rechercher si ces deux maladies exercent une influence réelle sur la production de ces tubercules, et quelles sont les limites et les conditions de cette influence.

Quant aux observations de phthisie aiguë de M. Louis, bien qu'elles ne soient pas recueillies avec tous les détails, tous les renseignements qu'on serait en droit d'exiger, si elles prouvent que cette maladie peut se développer sans avoir été précédée d'un catarrhe ou d'une péripneumonie, elles ne démontrent pas du moins que cette affection n'ait pas alors marché *à l'instar* d'une maladie vraiment inflammatoire. Elles tendent bien plutôt à prouver le contraire, et ne sont pas par conséquent *opposées à la doctrine de l'irritation.*

§ VI.

Doctrine de l'auteur de cet ouvrage.

La classification que j'ai faite de la tuberculisation pulmonaire et les réflexions auxquelles je me suis livré dans l'exposition des doctrines de nos devanciers, indiquent assez quelle est mon opinion sur la nature de cette grave affection.

Cette opinion ne diffère point, au fond, de celles de MM. Broussais et Andral. Plusieurs centaines de faits de phthisie pulmonaire observés par moi, soit dans les hôpitaux, soit au bureau central, soit dans la ville, m'ont pleinement convaincu qu'elle procède d'une inflammation chronique de l'un ou de plusieurs des éléments constituants du poumon, inflammation qui, dans l'immense majorité des cas, est précédée d'un catarrhe pulmonaire chronique, comme la *phthisie mésentérique* ou la tuberculisation des ganglions mésentériques l'est d'une entérite ulcéreuse chronique.

Ayant exposé ma profession de foi sur la nature de la tuberculisation pulmonaire, je vais rapporter les cas de cette maladie qui se sont présentés à mon observation pendant le semestre clinique dont je rends compte. J'essaierai ensuite de les résumer sous les points de vue qui viennent de nous occuper ici. L'espace qui me reste ne m'a pas permis de consacrer à ce résumé tous les développements dont il est susceptible. Les faits que je consignerai ici ne sont pas d'ailleurs assez nombreux ni assez *circonstanciés* pour servir de base à une histoire générale complète de la tuberculisation pulmonaire.

PREMIÈRE SECTION.

Relation de treize cas d'inflammation tuberculeuse des poumons (11 hommes et 2 femmes).

PREMIER GROUPE.

Cas terminés par la mort. — Ces cas sont au nombre de 9.

OBSERVATION I.

Salle des femmes, n. 1. — La nommée Mérand, âgée de 25 ans, couturière, demeurant rue du Faubourg-Saint-Martin, 66, née à Bayeux (Calvados); malade depuis 2 mois 1/2, entrée le 12 avril 1836, morte le 24 mai 1836.

Diagnostic. — TUBERCULISATION DU POUMON GAUCHE, *particulièrement dans sa partie superieure, affection qui paraît etre consécutive a une phlegmasie sub-aiguë du même organe.*

Épaississement des valvules du cœur.

D'un tempérament nerveux, ayant la poitrine un peu étroite; la peau fine; à Paris depuis deux ans.

Son père et sa mère sont, dit-elle, *morts de la poitrine*; un frère et une sœur ont eu le même sort.

Réglée à dix-sept ans; à dix-huit ans, les règles se sont supprimées pendant six mois; après cette époque, elles sont revenues exactement tous les mois.

La malade est sujette à s'enrhumer depuis son jeune âge, et il y a quinze mois elle eut un point de côté à gauche avec fièvre (elle a été traitée de cette maladie par une saignée, 15 sangsues et un vésicatoire sur le côté); crachement de sang (2 ou 3 fois), deux mois après l'invasion du point de côté; au bout de dix mois, la malade dit s'être trouvée assez bien rétablie, si ce n'est qu'elle conserva un peu de gonflement des jambes et des palpitations lorsqu'elle montait un escalier ou qu'elle marchait un peu vite.

Il y a deux mois et demi, vomissement et dévoiement; toux plus fréquente; expectoration d'une matière verdâtre; douleur sous la clavicule gauche; persistance de l'essoufflement et des palpitations (elle a consulté alors M. Cullerier qui a conseillé de l'eau de gomme sucrée, des loochs et des juleps).

Elle a toujours continué à travailler à son état de couturière.

12-15 *avril.* — Crachats épais, d'un jaune légèrement verdâtre, nageant dans une partie plus liquide (on y distingue une certaine quantité de matière alimentaire que la malade a vomie dans les efforts de la toux); douleur au-dessous et en dehors du sein gauche, augmentant pendant la toux; résonnance bonne en avant du côté droit; moins bonne en arrière où l'on entend quelques craquements dans la région de la fosse sous-épineuse; à gauche en avant, sonoréité moins bonne qu'à droite, et sous la clavicule gauche, tintement métallique par la percussion; en bas et en dehors de ce côté, on entend du râle sibilant dans quelques points et du râle crépitant sec et superficiel dans quelques autres; en arrière, matité complète dans les régions des fosses sus et sous-épineuses où il y a en outre du gargouillement et de la pectoriloquie (une pectoriloquie très retentissante existe aussi en avant sous la clavicule gauche); respiration à 48, et parfois orthopnée.

Le tic-tac des battements du cœur, très précipité, est mêlé d'un souffle distinct qui paraît isochrone au premier bruit; l'étendue de la matité de la région précordiale est de trois pouces transversalement et verticalement; appliquée sur cette région, la main perçoit un léger frémissement vibratoire dans la région des cavités gauches, là où le bruit de souffle est à son maximum.

Le pouls est à 144, petit, filiforme; augmentation de la fièvre le soir et la nuit avec sueurs au-devant de la poitrine; lèvres sèches et croûteuses; langue sèche avec des rubans

de rougeur dans son milieu; soif considérable; peu d'appétit; ventre souple; dévoiement; peau sèche, de chaleur assez modérée; amaigrissement général.

Les règles sont venues il y a un peu plus de trois semaines. (*Viol. guim. sir. gomm.; riz sir. coings; julep sir. diacode 2 onces; catapl. sur la poitrine; foment. ventre; 1/2 lavem. têtes de pavot; diète.*)

14. — Une selle liquide cette nuit; fièvre forte; pouls à 152, petit; rougeur de la face. (1 *saignée de 2 pal.* 1/2; *le reste idem.*)

15. — Pouls moins filiforme et moins fréquent (140 à 144); peau d'une chaleur moins vive; crachats les mêmes; pommettes moins colorées en rouge; persistance du bruit de râpe ou de souffle dans la systole; langue un peu sèche et aride.

Sang de la saignée: — Une petite couenne de 1/2 ligne à 1 ligne d'épaisseur; caillot à bords retroussés. (*Même prescription moins la saignée; diète.*)

17. — Plusieurs selles pendant la nuit dernière; la malade se plaint ce matin; pouls à 108, petit, mince; crachats abondants; tintement de pot fêlé un peu moins marqué sous la clavicule gauche; en arrière en haut à gauche gargouillement et voix de polichinelle (le poumon induré autour de la caverne renforce la voix).

18. — Hier sommeil bon; dévoiement calmé; pas de sueurs; tintement de pot fêlé plus évident qu'hier. (*Inspirat. chlorurées de 45 à 52°.*)

24-25. — Pouls à 104-108, un peu plus développé; chaleur de la peau moindre; la percussion est très douloureuse dans la région sous-claviculaire gauche où elle ne produit pas aujourd'hui le tintement de pot fêlé, sans doute parce que la caverne est pleine. (2 *bouillons*; 2 *potages*; *lait-gruau.*)

27. — Dévoiement et coliques cette nuit; pouls à 92; chaleur de la peau modérée; le bruit de souffle du cœur a

diminué; crachats séro-muqueux abondants; retour du bruit de pot fêlé.

3 *mai.* — Efforts de vomissements dans la nuit; la percussion est douloureuse dans les deux régions sous-claviculaires (toujours bruit de pot fêlé et craquements humides); pas de sommeil.

12. — La fièvre hectique augmente le soir; la pommette gauche est habituellement plus rouge que la droite.

13. — Fièvre très forte (fréquence du pouls comme dans les premiers jours); bruits du cœur, secs, forts, un peu parcheminés; souffle assez léger pendant la systole.

Peu de changement jusqu'au 24 mai, jour de la mort.

Autopsie cadavérique, 29 *heures après la mort.*

1° *Organes respirat. et circulat.* — Caverne énorme au sommet du poumon gauche; plusieurs autres plus petites dans diverses parties de sa moitié supérieure; il est d'ailleurs hépatisé en entier, soit en rouge, soit en gris.

Poumon droit emphysémateux dans son lobe supérieur; engouement du lobe inférieur.

Cœur trop volumineux pour une femme phthisique, épaississement et induration fibro-cartilagineuse du bord libre de la valvule mitrale, lequel est inégal, comme raboteux; cette altération a diminué un peu le calibre de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

2° *Organ. digest. et annex.* — Foie gras; ganglions mésentériques non tuberculeux; quelques grains tuberculeux, blanchâtres, au-dessous de la muqueuse de l'intestin grêle, surtout au niveau des plaques de Peyer, lesquelles font légèrement saillie à l'intérieur, sans ulcérations.

OBSERVATION II.

Salle des hommes, n. 10. — Le nommé Dumont, âgé de 31 ans, brossier, demeurant rue de la Vieille-Monnaie, 24, né à Paris; malade depuis 10 mois, entré le 12 juillet 1836, mort le 9 août 1836.

Diagnostic. — BRONCHO-PNEUMONIE TUBERCULEUSE (*du poumon droit surtout*).

Marié; d'une assez faible constitution; d'un tempérament lymphatico-sanguin; habituellement assez bien portant.

Il dit n'avoir pas été très sujet à s'enrhumer. Il y a trois ans, douleur vive, surtout dans la toux, au-dessus du rebord des fausses-côtes. Le malade dit n'avoir pas eu de fièvre, et que son affection ne dura que quatre à cinq jours. A la fin de l'été dernier, toux fréquente suivie d'expectoration séro-muqueuse. Vers le milieu de janvier dernier, crachats mêlés de sang pendant un mois à six semaines (il n'a pas ressenti de douleur dans les côtés, si ce n'est il y a un mois qu'il a eu un point de côté passager).

Il attribue ce rhume, qu'il appelle *négligé*, à ce qu'il a passé des nuits en fiacre.

Son père et sa mère se portent bien; sa sœur est malade, mais il ne l'a pas entendue tousser.

12 *et* 13. — Pouls à 120, résistant, médiocrement développé; battements du cœur précipités, sans bruit anormal; crachats séro-muqueux (la partie muqueuse est opaque, d'un jaune légèrement verdâtre); toux fréquente, surtout la nuit; peu de douleur dans la poitrine; décubitus dorsal; résonnance et respiration bonnes à gauche; à droite en avant, et à la partie externe de la région sous-claviculaire, la résonnance est plus faible qu'à gauche dans le point correspondant; dans l'endroit correspondant à la matité, on entend du gargouillement et de la pectoriloquie sans tintement distinct de pot fêlé; dans tout le côté droit, en arrière, la résonnance est moins bonne qu'à gauche, surtout dans les fosses sus et sous-épineuses, où on entend un gargouille-

ment moins évident qu'à la partie antérieure; dans les points situés au-dessous de la fosse sous-épineuse, on entend un mélange de râle muqueux et de râle crépitant; teinte jaune légère du pourtour de la bouche; langue rouge à la pointe et aux bords avec un enduit jaunâtre au milieu; peu de soif; assez d'appétit; parfois vomissements d'une partie des aliments par les efforts de toux; épigastre douloureux à la pression; le reste du ventre est indolent; selle naturelle tous les jours; peu de sommeil à cause de la toux; point de céphalalgie; amaigrissement; sécheresse de la peau; sueurs de la tête et de la poitrine la nuit. (*Viol. sir. gomme; empl. stibié sur le côté droit*; *looch blanc, sir. de baume de Tolu*; *bouillon, lait*; *crême de riz.*)

14. — Crachats cendrés, pris en masse, un peu diffluents; râle muqueux et craquements humides en dehors de l'aisselle droite; respiration semi-amphorique sous la même aisselle.

26. — Crachats purulents, abondants; tintement de pot fêlé sous la clavicule droite; diarrhée depuis hier soir. (*Inspirations chlorurées*; *lav. amylacés; le reste idem.*)

1er *août.* — Sueur cette nuit, et de la moiteur seulement ce matin; *sudamina sur les parties latérales du cou*; les jours suivants, la fièvre hectique, l'expectoration purulente et la diarrhée font des progrès, et le malade expire le 9 août à deux heures après midi.

Autopsie cadavérique, 20 *heures après la mort.*

1° *Organ. respirat. et circulat.* — Poumon droit totalement hépatisé en gris, et criblé d'une multitude de petites cavernes dans ses 4/5 inférieurs; au sommet, trois à quatre plus volumineuses, communiquant entre elles, et contenant, ainsi que les bronches, une matière purulente jaune-verdâtre; le poumon adhérait par toutes ses faces avec les parties environnantes.

Poumon gauche adhérent également aux parties environnantes par son sommet; là il est le siége d'une induration grise, et d'excavations tuberculeuses moins considérables qu'à droite; dans son tiers moyen, il est hépatisé en rouge; dans le tiers inférieur, engouement et masses tuberculeuses disséminées et indurations lobulaires. Le bord antérieur de ce poumon est emphysémateux dans sa moitié inférieure.

Le cœur n'offre aucune altération bien notable.

2° *Organ. digest. et annex.* — Muqueuse gastrique mamelonnée, rouge par plaques dans le grand cul-de-sac, se laissant partout facilement déchirer avec l'ongle.

Muqueuse de la moitié inférieure de l'iléon, rouge par plaques, sans ulcérations, ni saillie des follicules.

Muqueuse colique généralement boursouflée, d'un rouge livide et ramollie, sans ulcérations; pellicules pseudo-membraneuses, depuis le colon descendant jusqu'à la fin du gros intestin.

OBSERVATION III.

Salle des hommes, n. 14. — Le nommé Mancewicz, âgé de 36 ans, sans profession, demeurant quai Napoléon, 31, né à Zcpeja (Pologne); malade depuis 6 mois, entré le 16 août 1836, mort le 20 septembre 1836.

Diagnostic. — TUBERCULISATION DU SOMMET DU POUMON GAUCHE, *avec excavation.*

D'une constitution délicate; cheveux châtains; peau fine et blanche; bonne santé habituelle. (Il dit n'avoir jamais été enrhumé avant la maladie actuelle.)

Il y a six mois, il a eu *un rhume* avec douleur dans le côté gauche et fièvre (toux sans crachement de sang). Il s'est alité pendant quelques jours et a été traité par un médecin polonais qui lui a donné de la tisane et une poudre dont il ne sait pas le nom. Il a été saigné au mois d'avril.

Il a beaucoup maigri à mesure que la maladie a fait des

progrès, et l'expectoration a pris un caractère puriforme; il n'a pas eu de dévoiement.

Il ne sait à quoi attribuer sa maladie; il fait seulement remarquer que ses pieds sont souvent mouillés et refroidis.

17 *août au soir.* — Décubitus dorsal; un peu de douleur derrière le sternum dans l'inspiration forte, toux fréquente; expectoration abondante de crachats muqueux, jaune-verdâtres; quelques uns sont arrondis et nagent dans une médiocre quantité de liquide séro-albumineux; résonnance beaucoup plus faible au sommet du poumon gauche en arrière (dans les fosses sus et sous-épineuses) que dans tous les autres points de la poitrine des deux côtés; résonnance moins bonne à gauche au niveau et au dessous de la clavicule gauche que dans tous les autres points de la poitrine en avant; la respiration est bonne partout, excepté au sommet du poumon gauche; là, en arrière, elle est faible et mêlée d'un gros râle muqueux, surtout dans la fosse sous-épineuse; et en avant dans la région sous-claviculaire on entend du râle caverneux et une pectoriloquie peu éclatante; pouls à 80-90, peu développé; bruits du cœur normaux; chaleur de la peau forte, sans sueurs actuelles (le malade sue la nuit); langue rosée; soif vive; pas d'appétit; ni nausées ni vomissement; ventre très douloureux à l'épigastre par la pression; pas de selles depuis hier; urines rouges; point de mal à la tête; peu de sommeil à cause de la toux.

17. — Crachats formant une masse muqueuse et roulante, dans laquelle on distingue une assez grande quantité de pus; du reste même état que la veille. (*Viol. guim. sir. gom.*; *lichen-lait*; *pot. g. sir. de baume de Tolu* 1 *once; emplat. avec tartre stibié en arrière de la poitrine; lav. émoll.*; 2 *bouill.*; *lait et crème de riz.*)

18. — Tintement de pot fêlé sous la clavicule gauche.

Les jours suivants, les crachats deviennent de plus en

plus fétides; le marasme est de plus en plus prononcé; le dévoiement continue. (*Inspirat. chlorurées*; *le reste idem.*)

Mort dans la nuit du 20 septembre.

Autopsie cadavérique (1).

Pleurésie gauche générale, avec épanchement d'un litre environ de sérosité jaune-verdâtre.

Vaste caverne dans le sommet du poumon gauche avec hépatisation grise autour. Hépatisation rouge avec un grand nombre de tubercules, les uns crus, les autres ramollis, dans le tiers inférieur et postérieur du même poumon.

Poumon droit partout adhérent par des filaments celluleux anciens, et contenant quelques masses tuberculeuses ramollies à son sommet; hépatisation rouge avec un grand nombre de tubercules crus ou ramollis dans son tiers inférieur, surtout postérieurement.

Entérite villeuse sans ulcération du gros intestin.

OBSERVATION IV.

Salle des hommes, n. 5. — Le nommé Pitech, âgé de 37 ans, boulanger, demeurant rue de Seine-Saint-Germain, 83, né à Schneinchien; malade depuis 5 semaines environ, entré le 31 août 1836, mort le 12 septembre 1836.

Diagnostic. — BRONCHO-PNEUMONIE TUBERCULEUSE, *avec caverne.*

D'une constitution forte; cheveux châtains; peau fine, blanche et mince; poitrine large et bien développée.

En 1829, cet homme a passé quatre semaines à l'Hôtel-Dieu, où il a eu des sangsues et des saignées pour une affection dont il ne peut indiquer ni le siége ni la nature.

(1) J'étais absent à cette époque; ce qui suit a été noté par M. Montault, chef de clinique.

Il est sujet à *s'enrhumer*, ce qu'il attribue aux vicissitudes de chaud et de froid auxquelles son état l'expose.

Il y a environ cinq semaines, *nouveau rhume* avec courbature et perte de l'appétit. (*Une saignée, un vésicatoire au bras; bouill. et pot.*; *des fruits et un peu de vin de temps en temps.*)

Il attribue sa maladie à l'influence du froid et du chaud.

Son père est mort à cinquante-deux ans et sa mère à quarante-huit ans; il ignore la maladie à laquelle ils ont succombé.

31 *août au soir.* — Sentiment d'oppression à la partie antérieure de la poitrine; décubitus dorsal; crachats jaune-verdâtres, épais, opaques, puriformes, mêlés d'une petite quantité de matière spumeuse; toux fréquente; matité dans les deux régions sous-claviculaires avec tintement de pot fêlé à gauche; gargouillement et pectoriliquie dans les deux côtés (mélange de râle crépitant et de gargouillement en avant et en dehors des deux côtés); en arrière il y a un mélange de râles muqueux et sibilant dans les 4/5 inférieurs; gargouillement et pectoriloquie dans les deux sommets; pouls à 92-96, assez développé, peu résistant; bruits du cœur secs; peau très chaude et sèche; face pâle-jaunâtre; langue rouge, humide; soif vive; ventre indolent; pas de nausées ni de vomissements; deux selles liquides dans la journée; point de mal à la tête. (*Saig.* 3 *pal.*; *le soir du jour d'entrée.*)

1er *septembre.* — *Sang de la saignée :* — Sérosité jaune et abondante; couenne ferme et caillot retroussé, de bonne consistance mais très petit.

Chaleur forte de la peau (température abdominale à 38°); *tintement de pot fêlé des deux côtés en avant et respiration amphorique à droite*; pouls à 120, un peu mou, passablement développé; l'urine exhale l'odeur de bouillon gâté; dévoiement depuis cinq jours. (*Saignée* 3 *pal.*; *ventouses scarif. sous les* 2 *clavicules* 2 *palettes*; *viol. guim.*; *pot. g. thridace gr.* VI; *catapl.*; *lav. émoll.*; *diète.*)

2. — Crachats puriformes, un peu moins abondants que la veille; un peu moins de toux cette nuit; moins de chaleur et d'aridité à la peau (température abdominale à 37°); pouls à 108-112; deux selles depuis hier.

Sang de la saignée : — Couenne épaisse et caillot glutineux. (*Saignée* 2 *pal.; le reste idem.*)

3. — *Sang de la saignée :* — Caillot en champignon avec couenne assez épaisse et infiltrée.

Sueur abondante, surtout au visage; crachats un peu moins puriformes; pouls à 108. (*Vent. scarif.* 2 *pal. dans les* 2 *régions sous-clavicul.; diète.*)

4. — Trois crachats cendrés, diffluents; pouls souple, à 112; langue rosée et humide; quatre selles; un peu de sommeil; encore de la gêne dans la respiration.

Sang des ventouses. — Rondelles prises en une seule masse, avec vestiges de couenne sur les bords; peu de sérosité. (*Potion gom. avec thrid. gr.* VI; *catapl.; bouill. de poulet.*)

5. — Moins de sueurs; diminution très notable de la matière de l'expectoration (la quantité des crachats a diminué des 5/6); quelques crachats sont purement muqueux et aérés; pouls encore à 112. (*Décoct. d'orge coupé avec du lait; le reste idem.*)

6. — La sueur continue et on trouve *des sudamina sur les parties latérales du cou*; pouls à 120. (*Inspirat. d'air chaud administrées par M. Richard Desruez; et pot. avec* 1/2 *gr. d'extrait d'opium.*)

9. — Pas d'expectoration; pas de dévoiement; peau brûlante, surtout le soir où la fièvre redouble; le tintement de pot fêlé est moins manifeste à cause du défaut d'expectoration; sueurs moins abondantes.

12. — Crachats purulents; retour du dévoiement.

Mort dans la journée.

Autopsie cadavérique (1).

Les deux poumons sont criblés de cavernes dans la partie antérieure de leur sommet. Ces organes sont partout adhérents, et il existe une hépatisation rouge et grise du tissu pulmonaire dans les points exempts de cavernes.

OBSERVATION V.

Salle des hommes, n. 21. — Le nommé Esprit, âgé de 16 ans, borduriste d'éventails, demeurant rue Philippeaux, 42, né à Langres (Haute-Marne); malade depuis 17 mois, entré le 30 juillet 1836, mort le 12 août 1836.

Diagnostic. — CATARRHE CHRONIQUE ET TUBERCULISATION PULMONAIRE. *État cachectique avec bruit de diable. Ascite et infiltration des membres.*

D'un tempérament lymphatique (il porte quelques ganglions tuméfiés à la partie supérieure du cou); peau fine, blanche; cheveux blonds; d'une constitution grêle, et peu développé pour son âge.

A Paris depuis quatre ans, il n'avait jamais fait de maladie grave avant son arrivée dans la capitale (cependant il était sujet à avoir l'haleine courte). Ses parents ne paraissent pas avoir succombé à une phthisie pulmonaire.

Il dit n'avoir pas été souvent enrhumé et n'avoir jamais craché de sang. Quatre mois après son arrivée à Paris, il a eu une affection *scrofuleuse ou dartreuse*, à l'intérieur du nez, qui a duré trois mois environ, et pour laquelle il a pris la médecine Leroy; des bains, des lotions sulfureuses et de la tisane de douce-amère, ont été aussi employés. — Il y a dix-sept mois, après avoir bu beaucoup d'eau froide ayant chaud, le ventre s'est, dit-il, tuméfié, et il a toussé pendant plusieurs mois. Au bout de quatre mois, son état s'était

(1) Je n'étais pas à Paris lorsque le malade fut ouvert. Je cessai de le voir à partir du 4 septembre. C'est d'après les notes recueillies par M. Montault que j'ai rédigé la suite de l'observation.

amélioré ; mais trois mois après, la toux et l'hydropisie du ventre sont revenues, et les jambes ont aussi été enflées ; il a eu aussi beaucoup de dévoiement.

Trois mois avant l'entrée, le malade a, pour la première fois, éprouvé des battements du cœur en montant vite et en marchant (18 sangsues sur la région du cœur, et des sinapismes aux cuisses).

Le 26 *mai*, il entra à la maison de santé de la rue Ménilmontant pour *sa maladie de cœur* ; il y est resté un mois. (On lui a donné de la *digitale à l'intérieur et en frictions sur le cœur ; il a pris des eaux purgatives.*)

Il est sorti un peu soulagé, est allé à la campagne, et il en est revenu le 30 juillet.

Il ne sait à quelle cause précise attribuer sa maladie ; il ne s'est point livré à la masturbation.

30 *juillet soir.* — Langue rosée, humide ; peu de soif ; inappétence ; ni nausées ni vomissements ; digestion difficile ; douleur à la pression dans la région épigastrique ; rate non tuméfiée ; le foie déborde un peu le rebord des fausses-côtes ; une selle liquide dans la matinée (le malade en a ordinairement trois par jour) ; pouls à 96-100, régulier, peu développé ; les bruits du cœur s'entendent dans toute l'étendue de la poitrine ; ils sont secs et parcheminés, surtout le second ; palpitations après avoir travaillé ou fatigué.

Bruit de diable bien caractérisé dans la carotide droite ; il n'en existe pas dans la gauche.

Résonnance et respiration assez bonnes en arrière et en avant, excepté au sommet, où il y a un retentissement considérable de la voix ; toux fréquente ; crachats muqueux, jaune-verdâtres ; point de douleur dans la poitrine ; peau chaude et sèche ; émaciation générale.

Le malade, évidemment anémique, ressent souvent des éblouissements et des tintements d'oreille ; point de céphalalgie, peu de sommeil.

Léger œdème des jambes ; le bras droit semble moins vo-

lumineux que le gauche (en effet, mesuré au-dessus du poignet et du coude, il a 3 lignes de moins que le gauche); le pouls droit est aussi plus petit que le gauche.

31 *à la visite.* — Crachats muqueux, un peu diffluents; cendrés, en petite quantité; point de voussure dans la région précordiale; mouvements du cœur donnant une impulsion médiocre; la matité de la région de cet organe est de 1 pouce 6 lig. transversalement et de 2 pouces verticalement.

Le bruit de diable persiste.

Veines sous-tégumenteuses abdominales dilatées.

Résonnance et respiration bonnes en avant; retentissement considérable de la voix au sommet du poumon droit; un peu de rougeur aux pommettes; pouls à 96-100, peu développé; urines un peu jaunes, assez claires. (*Guim. viol. sir. gomme; pot. gom. laudanum gouttes* 18; *lavement amidon.*; *catapl. avec huile de croton, en arrière de la poitrine*; *bouillon, lait-orge.*)

2 *août.* — Sueur générale qui a duré toute la nuit (il y en a eu aussi les jours précédents); *sudamina* et éruption miliaire sur le devant de la poitrine; à la partie postérieure de la poitrine, vésicules et soulèvement de l'épiderme, comme si un vésicatoire eût été appliqué (cette particularité est la suite de l'application du cataplasme arrosé d'huile de croton tiglium); dans la journée, le malade vomit le lait qu'il a pris; il dit avoir eu de la fièvre en chaud, avec sueur, surtout au visage.

4, 5, 6 *et* 7. — La fièvre offre un paroxysme le soir; dévoiement. (*Pot. gom. laudan.*; *cérat saturné sur le dos*; 1 *tasse de lait-orge*; *bouillon*; *pomme cuite.*)

8. — Moins de rougeur et de sueur au visage que les jours précédents; le dévoiement a diminué.

10. — Tintement de pot fêlé sous les deux clavicules, à la partie externe, avec respiration bruyante ou semi amphorique.

11. — Hier soir, convulsions ou attaque épileptiforme;

nuit agitée; douleur dans le côté droit, et matité vers le niveau du sein. (*Sinapismes aux mollets; le reste idem.*)

12. — Plaintes et gémissements; fièvre plus forte; pouls petit et fréquent. Mort.

Autopsie cadavérique. (On n'a pas noté l'époque après la mort.)

1° *Organ. respir. et circul.* — Les deux poumons, adhérents par toutes leurs faces, sont refoulés à cause d'un développement considérable du foie. Tous les deux à leur sommet sont creusés de plusieurs cavernes fort vastes; tubercules à l'état cru ou ramollis dans divers points. Les poumons sont simplement engoués ou hépatisés en rouge dans les régions non envahies par la matière tuberculeuse.

Cœur petit; un peu d'épaississement fibreux du bord libre des valvules auriculo-ventriculaires droite et gauche.

2° *Organ. digest. et annexes.* — Foie gras, jaune, volumineux, s'avançant jusque vers l'hypochondre gauche.

Péritonite générale chronique sous forme tuberculeuse; épanchement d'un liquide jaunâtre dans la cavité péritonéale; couleur grisâtre du péritoine viscéral, avec granulations tuberculeuses également grisâtres, au niveau de la convexité des anses intestinales, et sur le péritoine pariétal lui-même (on trouve aussi de ces granulations sur le grand épiploon, qui, dans le petit bassin, adhère aux anses de l'intestin grêle).

La membrane muqueuse gastrique est blanche et saine. Dans les deux derniers pieds de l'iléon, un grand nombre d'ulcérations de forme et de grandeur diverses, la plupart dirigées transversalement à l'axe de l'intestin. Le fond de quelques unes n'est plus constitué que par la membrane séreuse; quelques autres, tout à la fin de l'iléon, avaient passé à l'état de véritable perforation; mais à leur pourtour elles avaient contracté des adhérences avec le bord inférieur

du grand épiploon, ce qui avait prévenu l'épanchement des matières fécales dans la cavité du péritoine. — Rate petite, rougeâtre et friable.

3° *Centres nerveux.* — Beaucoup de liquide céphalo-spinal à la base du cerveau et dans les ventricules latéraux. Au milieu de la face interne de l'hémisphère droit du cerveau, plus près de la convexité que du corps calleux, on a trouvé une masse tuberculeuse jaunâtre, se séparant facilement du tissu environnant, dure, du volume d'une petite noix.

OBSERVATION VI.

Salle des hommes, n. 12. — Le nommé Lenoir, âgé de 21 ans, charron, demeurant rue Vieille-du-Temple, 32, né à Villien-les-Forges (Ardennes); malade depuis 2 mois, entré le 20 avril 1836, mort le 15 mai 1836.

Diagnostic. — CATARRHE BRONCHIQUE ET PLEURO-PNEUMONIE CHRONIQUE *des deux tiers du poumon gauche.*

(*Cette pleuro-pneumonie paraît consécutive à une pleuro-pneumonie aiguë.*)

Entérite chronique.

Ascite et anasarque.

D'un tempérament lymphatique, scrofuleux; à Paris depuis deux ans.

A treize ans, il a eu un abcès scrofuleux à l'épaule droite et dans quelques autres points du corps (il reste des cicatrices d'ulcères scrofuleux, surtout en arrière de l'épaule droite).

Il est sujet à s'enrhumer.

Il y a deux mois, *point de côté à gauche et rhume*, sans crachement de sang. Il est entré à l'Hôtel-Dieu au bout de cinq à six semaines de maladie; une saignée lui a été pratiquée d'abord; trois jours après, 20 sangsues sur le côté gauche.

Il a été soulagé du point de côté; mais au bout de quinze jours de maladie, il lui est survenu du dévoiement, et quelque temps après a commencé une enflure aux jambes qui a augmenté graduellement; la toux, d'abord calmée, est re-

venue depuis quinze jours; le malade est sorti de l'Hôtel-Dieu il y a deux jours seulement.

21 *avril matin.* — Peau pâle, terreuse; face bouffie; œdème des membres inférieurs, dont la peau est sèche et aride; ventre gonflé ainsi que les bourses; pouls à 72, petit, étroit, presque filiforme; chaleur générale assez modérée; crachats séro-muqueux, spumeux, roulant dans le vase; essoufflement, étouffement en marchant et en montant; vingt-quatre inspirations par minute; disparition de la douleur du côté gauche; résonnance bonne à droite en avant et respiration forte et bruyante, sans râle; son clair en avant à gauche; point de râle muqueux ni de gargouillement; la respiration est bruyante avec râle muqueux dans les 2/3 inférieurs en arrière à droite; à gauche en arrière, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas, matité presque complète avec râle crépitant, sec, fin, mêlé de craquements humides, sans souffle bronchique évident; pas de retentissement notable de la voix; décubitus indifférent sur l'un et l'autre côté (le malade étant couché sur le côté droit, la matité persiste en dehors du côté gauche depuis la pointe de l'omoplate jusqu'en bas).

Point de saillie notable dans la région précordiale; les battements du cœur ne sont pas sentis distinctement par la main ni par l'oreille appliquée sur cette région, bien que ces battements et leurs bruits soient superficiels; les deux bruits sont clairs, sans mélange de souffle; verticalement 2 pouces 7 lignes de matité, transversalement 3 pouces.

Langue humide, pâle, nette; assez bon appétit; dévoiement (3 selles liquides depuis la veille); son tympanique dans la région sous-ombilicale avec refoulement de l'estomac dans l'hypochondre gauche, et du foie dans l'hypochondre droit; la circonférence du ventre, à un pouce au-dessous du nombril, est de 28 pouces 3 lignes; pas de fluctuation bien distincte; bruit humorique dans les flancs. (*Riz sir. coing*; *viol. guim. sir. gom.*; *pot. sir. diacode*

1 *once; foment. émoll. ventre;* 2 *tass. bouill.;* 2 *crèmes de riz.*)

22. — Toujours râle crépitant fin en arrière à gauche; à droite en arrière, râle sous-crépitant humide, comme dans l'œdème pulmonaire.

23. — Crachats muqueux, diffluents; il existe un épanchement distinct dans la moitié inférieure du ventre; le scrotum est toujours infiltré; râle crépitant sec en arrière à gauche au-dessous de la pointe de l'omoplate; râle muqueux avec craquement dans le point correspondant à droite (la crépitation de gauche semble être accompagnée de bruit de frottement pleural). (2 *vésicatoires en arrière de la poitrine; lait-gruau; le reste idem.*)

24-25. — Crachats muqueux, diffluents; pouls à 80, petit; la circonférence de l'abdomen a augmenté de plus d'un pouce (elle est de 29 pouces 6 lignes); scrotum aussi plus infiltré ainsi que la partie la plus déclive des cuisses.

26-27. — L'infiltration des bourses a gagné la peau de la verge; la circonférence du ventre est de 30 pouces 6 lignes; deux selles liquides depuis hier; langue rouge, humide; absence de respiration vésiculaire à gauche en arrière.

29. — Hier, vomissements de matière verdâtre; douleur au ventre, surtout dans le flanc droit; le malade vomit aujourd'hui tout ce qu'il prend (ces symptômes ont été précédés d'un frisson suivi de chaleur); langue pâle, humide.

On diagnostique une *péritonite sub-aiguë intercurrente.* (20 *sangsues sur la région douloureuse; foment. émoll.; sol. sir. gros.; diète.*)

4 *mai.* — Le ventre a 27 pouces 7 à 8 lignes de circonférence; la verge et le scrotum sont désinfiltrés; les selles liquides continuent (4 à 5 par jour).

6. — La résonnance et la respiration vésiculaire reviennent un peu à gauche en arrière (toutefois la présence du vésicatoire empêche d'examiner assez complétement cette région).

9. — La circonférence du ventre n'est plus que de 26 po. 8 lignes ; le liquide n'occupe que les parties les plus déclives.

12. — Ventre affaissé.

13. — 2 à 3 selles liquides par jour ; langue couverte de plaques blanches, caséiformes.

14. — Amaigrissement considérable ; 4 à 5 selles liquides depuis hier ; ventre douloureux.

15. — Selles beaucoup plus nombreuses encore ; affaissement et refroidissement de la peau ; faiblesse extrême du pouls ; agonie commençante ; le malade s'éteint dans la journée dans un état qui rappelle un peu le choléra.

Autopsie cadavérique, 26 *heures après la mort.*

1° *Habit. extér.* — Marasme avec un peu d'infiltration aux membres inférieurs.

2° *Organ. digest. et annex.* — Sérosité trouble dans les parties déclives seulement de l'abdomen ; péritoine parsemé de taches brunes, ardoisées, surtout dans la région iliaque (les taches existent sur l'intestin grêle et le gros intestin) ; grand épiploon adhérent aux parois abdominales ; dans le mésentère on trouve beaucoup de petites granulations ; le péritoine qui revêt le foie adhère par un tissu cellulaire bien organisé au diaphragme et au péritoine de l'hypochondre droit.

La membrane muqueuse de l'estomac est ramollie et amincie dans la région pylorique ; celle de la fin de l'iléon est pâle et parsemée de plaques de Peyer sans lésion notable.

Le cœcum présente une coloration blanche, entrecoupée de plaques d'un rouge-vif avec injection capilliforme ; dans le colon ascendant, on trouve un demi-pied de cette injection, puis la membrane reprend sa couleur blanche.

Vers le colon descendant, l'injection reparaît par poin-

tillé, et en descendant on trouve quelques érosions; l'injection se continue jusqu'à la fin de l'intestin (nulle part on n'a rencontré d'ulcérations des follicules de la membrane du gros intestin).

Le tissu du foie ne présente rien de notable.

La rate est un peu volumineuse et présente à sa surface une fausse membrane grenue.

Le rein gauche est plus volumineux qu'à l'état normal; la substance corticale est pâle et tranche fortement sur la couleur rouge-brunâtre de la substance tubuleuse (cette dernière substance est environnée de toute part d'une substance jaune assez ferme, sans granulations).

Le rein droit, moins volumineux que le gauche, présente les mêmes altérations; à la déchirure de son tissu il ne s'écoule pas de sang.

La membrane interne de la vessie est pâle.

3° *Organ. respirat. et circulat.* — La plèvre gauche adhère avec la plèvre costale et avec le péricarde; l'adhérence avec ce dernier est très serrée, et dans ce point entre la plèvre pariétale et la plèvre viscérale il y a une matière albumineuse dure au-dessous de laquelle on rencontre la séreuse fortement injectée.

Poumon gauche splénisé, à peine crépitant dans ses 3/5 inférieurs et postérieurs; son sommet et son bord antérieur sont souples et crépitants; la région splénisée est rouge et se déchire facilement; à la section il s'est écoulé un liquide lie de vin; point de granulations tuberculeuses; la muqueuse des bronches est rouge et injectée.

Le poumon droit adhère aussi à la partie inférieure de sa cavité; son lobe inférieur est splénisé, rouge et friable; dans quelques points il y a des foyers de ramollissement gris; au sommet on trouve une petite caverne pouvant contenir une aveline, pleine d'une matière tuberculeuse assez analogue à du vrai pus.

La cavité du péricarde contient 1/4 de verre de sérosité légèrement trouble.

Le cœur est comme lavé et présente une teinte opaline; d'ailleurs le péricarde est lui-même blanc et sans injection en dedans.

Le cœur, d'un bon tiers moins volumineux qu'à l'état normal, ridé, contient dans ses cavités droites des concrétions fibrineuses très abondantes; les parois du ventricule droit sont amincies et sa cavité est diminuée; la valvule tricuspide bien conformée, est un peu épaissie; les valvules de l'artère pulmonaire sont minces comme de la mousseline.

Le ventricule gauche contient à peine le petit doigt; en raison de leur retrait sur elles-mêmes ses parois paraissent épaissies; les colonnes valvulaires sont courtes et épaisses; les orifices gauches sont libres, bien conformés; les valvules aortiques sont saines; le bord libre de la bicuspide est un peu rouge et notablement épaissi; il crie sous les ciseaux qui l'incisent; la membrane interne du ventricule est pâle, décolorée; la substance du cœur est un peu molle et décolorée.

Rien de notable dans la membrane interne des vaisseaux qui partent du cœur.

OBSERVATION VII.

Salle des hommes, n. 17. — Le nommé Covet, âgé de 36 ans, distillateur, demeurant rue de la Barillerie, 29; né à Paris; malade depuis 18 mois, et surtout depuis 5 semaines; entré le 20 avril 1836, mort le 1er juin 1836.

Diagnostic. — TUBERCULISATION DU POUMON DROIT ET LARYNGITE CHRONIQUE, *précédées de deux catarrhes bronchiques prolongés.*

ASCITE (*péritonite chronique?*).

D'un tempérament sanguin, d'une forte constitution; brun.

Il avait été toujours bien portant jusqu'en 1832, qu'il fut atteint du choléra; depuis cette époque, il a eu des vomissements à diverses reprises.

Il y a dix-huit mois, il eut un rhume très prolongé, et il y a cinq semaines, il en est survenu un nouveau avec enroue-

ment et même une extinction de voix sans douleur notable au larynx, où il éprouve la sensation d'un mouvement qu'il compare au mouvement d'une soupape (à plusieurs reprises 15 à 20 sangsues ont été appliquées à l'épigastre, au ventre, à l'anus).

Le malade ne fait jamais d'excès de régime; tous les jours il est exposé par sa profession à des alternatives de chaud et de froid.

20 *avril au soir et* 21 *au matin.* — Teinte un peu jaunâtre de la face; lèvres un peu sèches; langue rosée, humide; soif; pas de mauvais goût à la bouche; le malade a vomi, à deux ou trois reprises, un demi-litre environ de matière jaune-verdâtre très amère, et en même temps de la bière qu'il avait bue une heure environ avant de vomir et qu'il avait eu soin de faire chauffer et de mieller; toute la région épigastrique est douloureuse, mais la douleur n'augmente pas sensiblement par la pression; la rate paraît avoir son volume normal; le foie occupe au contraire une plus grande étendue que dans l'état ordinaire; le ventre est volumineux, un peu ballonné en haut, rendant un son mat tout-à-fait en bas des régions iliaques (le son mat est remplacé par de la résonnance lorsqu'on fait changer le malade de position de manière à ce que le flanc ne soit plus la partie déclive du ventre); selles naturelles; urines peu abondantes, d'un rouge foncé.

Point d'œdème aux membres inférieurs.

Respiration gênée (à 32); le malade se couche des deux côtés indifféremment; sonoréité et respiration vésiculaire bonnes dans tout le côté gauche de la poitrine; sonoréité et bruit respiratoire moins bons dans tout le côté droit en arrière ainsi qu'en avant et en dehors (dans la partie inférieure seulement); retentissement de la voix vers la région de la fosse sous-épineuse de ce côté (le côté droit de la poitrine n'est pas sensiblement plus développé que l'autre); la matité et la faiblesse de la respiration diminuent en bas

en dehors et en avant lorsque le malade se couche sur le côté gauche ; toux sèche, quinteuse, annoncée par un picotement dans la trachée-artère ; affaiblissement de la voix depuis cinq semaines environ ; crachats muqueux, gélatineux, contenant quelques grumeaux de sang venant des fosses nasales ; bruits du cœur sans souffle ; pouls à 72, régulier, développé ; chaleur à peu près normale. (20 *sangsues au-devant du larynx ; catapl. ; viol. guim. sir. gom. ; lav. émoll. ; 2 tasses de bouillon ; crème de riz.*)

22. — Sueurs ; le malade parle plus facilement. (20 *sangsues au devant du larynx ; looch sir. diacod.* 1 *once ; le reste idem.*)

23. — Le malade s'est refroidi hier ; toux et aphonie un peu augmentées ; point de fièvre. (*Même prescript. moins les sangsues.*)

25. — Quinze à vingt selles liquides, aqueuses, la nuit dernière, sans coliques. (*Riz. sir. gom. ; pot. gom. laud.* 15 *gouttes* ; 1/2 *lav. laudanisé ; catapl. laudanisé sur le ventre ; diète.*)

27. — Mieux : cessation du dévoiement. (1/8 *d'aliments*).

29. — Persistance de l'extinction de voix. (*Vésicatoire au larynx.*)

4 mai. — Matité dans les points déclives de l'abdomen et ballonnement ailleurs (le ventre, à un pouce au-dessous de l'ombilic, a 32 pouces 2 à 3 lignes de circonférence) ; douleur abdominale ; deux selles liquides ; jambes non enflées ; le cœur est refoulé en haut par la masse des viscères abdominaux ; respiration vésiculaire et résonnance presque nulles en arrière à droite, avec râle crépitant fin vers le bord interne de l'omoplate, ainsi qu'en bas et en tirant vers la partie externe ; pendant l'inspiration on dirait que le malade souffle dans l'oreille qui ausculte ; le pouls reste à 72. (*Vésicat. de* 5 *pouces sur le côté droit ; looch blanc avec* 1/2 *grain d'extr. de belladone ; le reste idem.*)

Les jours suivants, la maladie fait des progrès.

15. — Depuis quelques jours, on entend du gargouillement dans la région sous-claviculaire droite; point de pectoriloquie distincte, la voix étant presque entièrement éteinte; point de tintement de pot fêlé.

30 — Pouls à 112-116; chaleur de la peau (température abdominale à 34-35°).

1er *juin.* — Depuis sept heures du matin, orthopnée, sueur froide au visage; râle muqueux à grosses bulles; pouls petit, faible, irrégulier.

Mort dans la journée à une heure après midi.

Autopsie cadavérique, vingt et une heures après la mort.

1° *Habit. extér.* — Ventre tuméfié; point d'infiltration séreuse aux membres inférieurs; marasme.

2° *Organ. digest. et annex.* — Liquide séreux et un peu rougeâtre dans la cavité du péritoine et péritonite tuberculeuse générale; adhérence du foie avec l'arc du colon transverse et avec la face postérieure de la paroi abdominale antérieure; le péritoine offre une couleur d'un rouge violacé ou d'un gris ardoisé.

La muqueuse de la fin de l'iléon est blanchâtre; on y voit quelques ulcérations arrondies, siégeant dans les follicules de Brunner et de Peyer.

Foie volumineux et jaunâtre; son tissu est un peu induré.

3° *Organ. respirat. et circulat.* — Le volume du cœur est à peu près normal; une plaque laiteuse vers le milieu de sa face postérieure; un peu d'épaississement des deux valvules auriculo-ventriculaires, mais surtout de la gauche, qui offre un endurcissement fibreux ou même fibro-cartilagineux.

Épanchement séreux assez considérable dans la cavité pleurale gauche.

Masses tuberculeuses disséminées dans le poumon gauche ; au sommet, qui offre quelques adhérences, on rencontre de petites poches ou cavernes remplies de matière puriforme.

Poumon droit partout adhérent ; induration grise, surtout dans la partie supérieure, avec granulations tuberculeuses miliaires ; plusieurs petites cavernes au sommet, communiquant ensemble, et séparées par de petites portions de poumon induré.

La membrane muqueuse des bronches est généralement rouge et épaissie.

Œdème très prononcé dans la région sus-épiglottique ; au niveau et au-dessous des cordes vocales, rougeur, petites ulcérations et granulations blanchâtres nombreuses.

Trachée-artère rouge.

OBSERVATION VIII.

Salle des hommes, n. 18. — Le nommé Cheremiron, âgé de 37 ans, voiturier, demeurant à Ivry (Seine), né à Forléans (Côte-d'Or) ; malade depuis 1 an, entré le 2 avril 1836, mort le 14 mai 1836.

Diagnostic. — PLEURO-PNEUMONIE CHRONIQUE, *probablement avec granulations, occupant surtout les deux tiers inférieurs du poumon droit.*

Péritonite chronique.

D'une constitution un peu délicate ; d'un tempérament bilioso-sanguin.

Il y a un an, douleur dans le côté droit, s'étendant dans la région du foie.

Toux, difficulté à respirer et fièvre avec redoublement le soir.

Traité de cette maladie par des sangsues sur le ventre et sur le côté droit de la poitrine (environ 100 en plusieurs fois) ainsi qu'à l'anus ; par trois vésicatoires volants, l'un à l'épigastre, l'autre sur le flanc droit, le troisième à la partie supérieure du côté droit de la poitrine, et par un quatrième vésicatoire à demeure au bras, le malade a pu travailler au bout de quatre mois.

Il ne connaît aucune personne dans sa famille qui ait été atteinte de tubercules.

Il est exposé par sa profession à toutes les vicissitudes atmosphériques.

Vers le 20 janvier dernier, il a été pris de douleur dans le ventre et de difficulté à aller à la garderobe. Dans le courant de février, douleur à l'hypochondre droit.

Il n'a fait aucun traitement jusqu'à la mi-février ; depuis cette époque, quatre-vingts sangsues ont été appliquées en cinq fois sur tout le ventre ; lavements émollients ; cataplasmes sur le ventre ; eau gommée ; bouillons et soupes pour aliments.

2 *avril.* — Face et conjonctives légèrement jaunâtres ; joues excavées ; langue un peu rouge à la pointe et aux bords, enduit jaunâtre au milieu ; bouche pâteuse ; inappétence ; point de dévoiement ; douleur épigastrique ; ventre légèrement ballonné et douloureux à la pression ; ce matin, selle liquide jaunâtre ; un peu d'enrouement ; crachats épais, quelques uns un peu liquides ; résonnance et respiration vésiculaire bonnes à gauche et à droite en avant et en haut ; matité en dehors et en arrière à droite, d'autant plus considérable qu'on percute plus bas ; râle crépitant à grosses bulles en arrière et en dehors du même côté droit (dans les 4/5 inférieurs) ; battements du cœur normaux ; le double bruit de cet organe est un peu moins clair vers la pointe du cœur que vers l'origine de l'aorte ; pouls à 72. (*Guim. viol. sir. gom* ; *jul. thridace* gr. VI ; *frict. pom. stibiée sur le côté droit du thorax* ; 2 *tasses de bouill.*)

5 et 6. — Même état ; constipation ; il commence à se former un épanchement séreux dans l'abdomen. (*Eau de Sedlitz* 1 *pot.*)

19. — L'épanchement abdominal est augmenté ; on entend du râle sous-crépitant en arrière à droite en bas ; pouls à 80.

Les jours suivants les symptômes continuent ; le malade

s'épuise; l'épanchement abdominal augmente; un léger dévoiement se manifeste, et la mort arrive le 4 mai à six heures du matin.

Autopsie cadavérique, 27 heures après la mort.

1° *Organ. digest. et annex.*—A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de sérosité transparente. Les deux feuillets du péritoine, chroniquement enflammés, sont parsemés de plaques arrondies, d'apparence tuberculeuse, et des lames celluleuses réunissent les faces opposées de l'intestin grêle; dans plusieurs points, le péritoine présente une teinte ardoisée-foncée; au fond des scissures formées par la juxta-position des intestins, on trouve une matière tuberculeuse.

Les anses de l'intestin grêle sont beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal; la membrane péritonéale se détache facilement du tissu cellulaire sous-jacent, qui est sensiblement épaissi; vers le mésentère, on trouve des masses énormes de matière tuberculeuse, et là, la couleur ardoisée est à son maximum; en voulant séparer l'S iliaque du tissu auquel elle adhérait, on rompit l'intestin, tant il était friable et pour ainsi dire fragile. Dans certains points, et principalement sur le colon transverse, on observe un réseau vasculaire assez développé et des taches rouges; l'injection est aussi très marquée sur le grand épiploon. — Les ganglions mésentériques, entourés de masses tuberculeuses, sont confluents et ne participent point à la tuberculisation; ils sont à peine plus volumineux qu'à l'état normal.

La vessie ayant été ouverte, on trouve des taches sanglantes à sa partie postérieure.

La râte et le foie adhèrent aux parois voisines; le second de ces organes est refoulé vers la poitrine; son volume est médiocre; son tissu d'une consistance normale.

La membrane interne de l'estomac est grisâtre, principalement vers le pylore (cette région est séparée de celle

du grand cul-de-sac par une intersection très marquée); vers la petite courbure, on trouve une perforation lenticulaire qui est pour ainsi dire *bouchée* par une assez grande quantité de matière tuberculeuse (la perforation paraît s'être faite de dehors en dedans).

La membrane muqueuse de l'intestin iléon, dans l'étendue d'un pied et demi, présente des rugosités analogues aux valvules qu'on rencontre dans le jéjunum (ces replis tiennent probablement au raccourcissement qu'a éprouvé l'iléon sous l'influence de la péritonite); sa couleur est d'un gris blanchâtre qui contraste avec la couleur ardoisée du péritoine correspondant; ses follicules ne sont ni développés ni ulcérés; au-dessous on voit saillir des granulations qui sont celles du péritoine, ou mieux du tissu cellulaire sous-péritonéal.

2° *Organ. respirat. et circulat.* — Le poumon droit adhère fortement aux parois pectorales, surtout à la partie externe et postérieure (la base adhère au diaphragme); ce poumon refoulé, comprimé par les viscères abdominaux, est d'un bon tiers plus petit que l'autre; son tissu est fongueux, comme carnifié; coupé dans tous les sens, il ne présente de tubercules qu'à son sommet (ce sont des granulations).

Le poumon gauche est engoué de sang et de sérosité à sa partie postérieure, souple partout ailleurs. La muqueuse des bronches est d'un rouge très vif.

Le *cœur* est infiltré de sérosité à sa base, dans les franges adipeuses, où existent des masses analogues aux poches hydatiques, tremblotantes; le péricarde est partout d'une couleur opaline, sans plaques; le cœur est d'un bon tiers moins volumineux qu'à l'état normal, ridé, flétri; les vaisseaux qui en partent sont atrophiés dans la même proportion; ses cavités sont généralement plus étroites qu'à l'état normal. L'endocarde présente partout une teinte opaline (surtout dans le cœur gauche); les valvules sont toutes bien

conformées ; mais les valvules auriculo-ventriculaires présentent un léger épaississement vers le bord adhérent. — La substance musculaire du cœur est comme fanée, peu résistante à la pression et à la traction.

OBSERVATION IX.

Salle des hommes, n. 21. — Le nommé Billotrem, âgé de 21 ans, tailleur, demeurant rue Tirechappe, 15, né à Stockholm (Suède ; malade depuis une époque mal déterminée, entré le 9 mai 1836, mort le 5 juillet 1836.

Diagnostic. — BRONCHITE *chronique?* ENTÉRITE *avec quelques symptômes typhoïdes une dizaine de jours après l'entrée.*

DIPHTÉRITE *un mois et demi après l'entrée.*

A l'ouverture, on trouve des tubercules dans les poumons et plusieurs autres organes.

D'une constitution assez grêle, blond, lymphatique ; à Paris depuis un an ; enrhumé depuis quinze jours seulement, à ce *qu'il assure* (1).

10 *mai.* — Pas de douleur à la poitrine ; crachats albumineux, analogues à une forte solution de sirop de gomme ; l'auscultation et la percussion ne fournissent aucun signe important ni en avant ni en arrière ; le malade dit avoir bon appétit ; peau d'une température modérée, un peu de moiteur ; pouls à 96. (*Guim. viol. sir. de gomme* ; *pot. sirop diacode* 1 *once* ; *gilet de laine* ; *catapl. huile de croton sur la poitr.* ; *lavem. émoll.* ; *bouill.* ; *crème de riz* ; *lait.*)

13. — Mal à la tête ; sommeil bon ; pouls à 96 ; un peu de chaleur à la peau.

18. — Tout le ventre est douloureux, tendu, sans gargouillement ; pas de selles depuis deux jours ; épistaxis dans la journée d'hier et cette nuit. (*Huile de ricin* 2 *onces* ; *bouil-*

(1) Ce jeune homme répond mal aux questions, ce qui tient en partie à ce qu'il ne comprend pas bien et ne parle pas facilement le français. On nous apprit quelque temps après son entrée qu'il se livrait avec fureur à la masturbation. Il est très probable que long-temps avant l'époque indiquée par le malade, il était *enrhumé*.

lon aux herbes; catapl. sur le ventre; *lavem. huil.*; *diète.*)

19 *et* 20. — Saignement de nez considérable ; neuf à dix selles liquides depuis la prise d'huile de ricin ; peau chaude, aride ; pouls à 88, assez développé, un peu mou, lèvres et langue un peu sèches ; râle muqueux à droite en arrière ; ventre tendu et rénitent ; son tympanique ; pas de gargouillement notable. (*Sol. sir. gomm.*; *sol. sir. gros.*; *catapl. sur le ventre*; 1/2 *lav. pavot* ; *diète.*)

21. — Epistaxis hier (1/2 palette en caillot); sudamina sur le ventre, le bas du thorax et les parties latérales du cou, avec éruption de granulations miliaires; le dévoiement persiste ; douleur assez forte vers le nombril, et résonnance tympanique ; pouls à 92 ; langue un peu sèche avec couche légèrement jaunâtre ; peu de soif ; le malade demande à manger. (16 *sangsues à l'anus* ; *foment. chlorurées sur le ventre*; *aspersions chlorurées sur le lit* ; *le reste idem.*)

22. — Langue un peu meilleure ; le dévoiement a diminué ; pouls à 96-100.

23. — Langue rosée, assez humide et nette; pouls à 88-92. (*Idem. Bain chloruré.*)

24. — Langue rosée, humide, pouls à 72. (*Une tasse de bouill. de poulet*; *crème de riz.*)

25. — Pouls à 80, température modérée.

26. — Mieux. (*Quelques asperges*; *le reste id.*)

27, 28 *et* 29. — Pouls de chaleur normale ; crachats gélatiniformes ; encore quelques *sudamina* sur le ventre; pouls à 88 ; pas de dévoiement ; bon sommeil.

30. — Un peu d'épistaxis hier ; pouls à 84 ; température abdominale à 33° ; une seule selle. (1/8 *d'aliments*; 1/2 *tasse de vin.*)

1er *juin.* — Hier un peu d'épistaxis ; pouls à 100 ; le ventre et le dos sont couverts de sudamina ; le malade a beaucoup sué cette nuit. (*Diète* ; *sol. sir de gomme, et sol. sir. limon* ; *lavem.*)

2 et 3. — Une selle par jour; pouls à 88-92. (*Lait, bouillon, crème de riz.*)

4. — Les sudamina s'affaissent; pas de dévoiement; toux.

8. — Hier, nouvelle épistaxis. (1/8 *d'alim. et* 1/2 *tasse de vin.*)

11. — Les forces reviennent un peu.

21. — Toux plus fréquente depuis quelques jours; la fièvre est revenue (on supprime les aliments).

25. — Persistance de la toux et râle muqueux à la partie postérieure de la poitrine. (*Empl. stibié en arrière de la poitrine.*)

29. — Cessation du râle muqueux.

1er *juillet.* — Plaques diphthéritiques sur les piliers du voile du palais, sur la muqueuse pharyngienne et la face interne des joues, formant une couche couenneuse grisâtre, avec points rouges dans divers points; déglutition difficile. (*Sol. sir. vinaigre; viol. guim. sir. gomme; gargarisme miel rosat; catapl. au cou; lav. emoll.; diète.*)

2. — Les plaques diphthéritiques diminuent; dévoiement depuis hier.

3. — La couche caséiforme existe encore à la face interne des lèvres et des joues; dévoiement, affaissement; narines sèches et pulvérulentes; pouls à 104; sueur froide au visage. (*Une tasse de bouillon; eau rougie sucrée avec un biscuit.*)

4. — 56 à 60 inspirations, fièvre forte.

5. — Langue comme enduite de fromage; mains violettes, un peu froides; yeux tournés en haut; pouls filiforme, à 120; respiration demi-convulsive; perte de connaissance. — Mort à cinq heures du soir.

Autopsie cadavérique, 17 *heures après la mort.*

1° *Organ. respirat.* — Tubercules miliaires dans toute l'étendue des poumons, dont le tissu est à l'état d'engouement entre les tubercules; la membrane muqueuse des

bronches est rouge et un peu ramollie ; les ganglions bronchiques sont plus volumineux qu'à l'état normal, et tuberculisés.

2° *Organ. digest. et annex.*—Granulations tuberculeuses, semblables à des grains de millet, dans le tissu de la rate et des deux reins ; masses tuberculeuses blanchâtres, non ramollies, dont quelques unes égalent le volume d'un œuf de poule, placées le long de la partie inférieure de l'aorte et de l'artère iliaque interne ; granulations tuberculeuses nombreuses à la fin de l'intestin grêle et dans le gros intestin, déposées sur la muqueuse intestinale qu'elles soulèvent en plusieurs points ; cette muqueuse offre plusieurs petites ulcérations près de la valvule iléo-cœcale ; inflammation disséminée ou par plaques de la muqueuse du gros intestin.

3° *Centres nerveux.* — Cerveau volumineux, généralement un peu ramolli (ce qui peut tenir en partie à l'élévation considérable de la température) ; beaucoup de sérosité dans les ventricules latéraux et à la base du crâne ; rougeur et injection des membranes pie-mère et arachnoïde à la convexité des hémisphères.

SECOND GROUPE.

Cas non encore terminés par la mort. — Ces cas sont au nombre de 4.

OBSERVATION X.

Salle des hommes, n. 21. — M. Pernon, âgé de 22 ans, étudiant en médecine, demeurant rue du Sabot, 5, né à Baron (Saône-et-Loire) ; malade depuis 2 mois, entré le 6 juillet 1836, sorti le 26 juillet 1836.

Diagnostic. — CATARRHE CHRONIQUE, PRÉCÉDÉ D'UN POINT PLEURÉTIQUE A DROITE, *avec induration et tuberculisation au sommet du poumon droit, surtout en arrière.*

Marié depuis deux ans ; d'une constitution de force moyenne ; d'un tempérament lymphatico-sanguin.

Il assure ne s'être jamais enrhumé; il y a deux mois, point de côté à droite (la douleur était vive et déchirante); toux sèche d'abord, suivie plus tard de crachats blanchâtres et muqueux; les forces se sont affaiblies peu à peu.

Le malade a passé quinze jours à la campagne, et pendant ce temps les forces et l'embonpoint sont un peu revenus.

A son retour à Paris (depuis sept jours), nouvelle douleur au-dessous et en dedans du sein droit, douleur qui a disparu complétement au bout de trois jours pour ne plus reparaître.

Il n'a pas eu de diarrhée ni de sueurs abondantes et continuelles.

Tisane de violettes et de lichen; 25 *sangsues sur le côté droit*, quinze jours après le début du point de côté, tel a été le traitement employé.

6 *juillet matin.* — Maigreur; chaleur de la peau modérée, sans sueurs ni sécheresse; pouls à 96, bien développé, souple; voix enrouée sans douleur actuelle dans le larynx (il en a eu il y a quelque temps); toux rare (elle a lieu surtout le matin); crachats peu abondants (deux à trois crachats muqueux, un peu verts, transparents, adhérents, mêlés de quelques spumes blanchâtres); ni douleur dans la poitrine ni oppression; 20 inspirations par minute; résonnance et respiration bonnes en avant et sur les parties latérales (râle humide seulement dans la région sous-claviculaire droite); la voix vibre très bien en arrière des deux côtés; résonnance bonne à droite en arrière, excepté entre le bord interne du scapulum et la colonne vertébrale, où la résonnance est moins forte que dans le point correspondant à gauche; à droite, râle muqueux et respiration faible avec retentissement de la voix dans le point correspondant à la matité; à gauche en arrière, résonnance et respiration bonnes; langue rosée, humide, assez nette; appétit diminué; selles naturelles; sommeil assez bon. (*Viol. guim. sir. gom.; vent. scarif. sur le côté droit en arrière en haut*

et sous la clavicule droite, 3 pal.; catapl. sur le côté; jul. gom. thridace gr. 6; lavem. émoll.; diète.)

7. — *Sang des ventouses :* — Rondelles fermes et parsemées de quelques vestiges de couenne.)

Crachats muqueux; moins de toux ce matin; pouls à 76; chaleur modérée; respiration sèche et forte dans la région sous-claviculaire droite; en arrière à droite, respiration un peu bronchique et humide. (2 *tasses de bouillon; lait-orge.*)

8. — Langue pâle, humide, avec enduit légèrement blanchâtre; pouls à 72-76; à droite en arrière au sommet, râle muqueux qui se rapproche beaucoup du gargouillement avec retentissement de la voix. (*Vent. scarif.* 3 *pal. en arrière à droite.*)

9. — *Sang des ventouses :* — Rondelles réunies en une masse glutineuse.

Pouls à 72; peau d'une chaleur douce, halitueuse; râle un peu moins fort; toux diminuée. (*Vésicat. côté en arrière et en haut; pot. gom. thridace gr.* 6; *le reste idem.*)

10. — Crachats mucoso-albumineux un peu moins abondants.

15. — Pouls à 72. (*Sécher le vésicatoire.*)

18. — En arrière, dans le point où existait le vésicatoire, la respiration se fait avec un peu de souffle, et la résonnance est meilleure (il y reste un râle humide pas trop gros et un peu de retentissement de la voix); respiration bonne en avant à droite, si ce n'est dans la région sous-claviculaire, où, dans l'étendue d'un travers de doigt, on entend des craquements et le même râle muqueux qu'en arrière. (*Vésicat. sous la clavicule droite;* 1/8 *d'aliments;* 1 *tasse de lait et* 1/2 *tasse de vin.*)

20. — Quelques crachats tachés çà et là de petits grumeaux de sang. (*Pot. gom. avec* 1 *gros d'extr. de ratanhia.*)

21. — Crachats encore un peu teints de sang.

26. — Le malade sort pour aller à la campagne; son état inspire de graves inquiétudes, car une légère pectoriloquie

se fait entendre dans la région du sommet du poumon droit (1).

OBSERVATION XI.

Salle des hommes, n. 4. — Le nommé Boiseau, âgé de 31 ans, fondeur en caractères, demeurant impasse Magloire, 5, né à Auxerre (Yonne); malade depuis une époque mal déterminée, entré le 26 juillet 1836, sorti le 5 août 1836.

Diagnostic. — LARYNGO-BRONCHITE ET TUBERCULISATION PULMONAIRE.

HYPERTROPHIE DU CŒUR *avec épaississement des valvules, suite probable d'un ancien rhumatisme articulaire aigu.*

Bruit de diable dans la carotide droite.

Marié; d'une constitution délicate; poitrine étroite et allongée; brun; d'un tempérament nervoso-bilieux.

Sujet à s'enrhumer et à avoir mal à la tête depuis plusieurs années.

En 1826, à Bruxelles, rhumatisme articulaire aigu pour lequel il resta trente à quarante jours à l'hôpital (1 saignée et environ 80 sangsues en trois à quatre fois); il sortit incomplétement rétabli; depuis cette époque, mais surtout depuis vingt et un jours, palpitations fortes; essoufflement en marchant vite et en montant.

Il y a quinze jours, crachement de sang pur (cette hémoptisie avait déjà eu lieu plusieurs fois antérieurement).

Il n'a jamais eu de coliques de plomb.

26-27 *juillet.* — Crachats séro-muqueux, peu abondants (quelques uns ont une teinte abricot); toux fréquente, rauque, ainsi que la voix; point de douleur dans la poitrine, si

(1) Quelques semaines après, j'ai rencontré ce malheureux jeune homme dans une des rues de Paris. Sa face était celle d'un individu atteint d'une phthisie *confirmée.* Il était d'une maigreur squelettique. Cependant il était plein d'espérance. Je n'ai point eu de ses nouvelles depuis, et il a sans doute cessé de vivre.....

Je ne doute point qu'il n'eût échappé à cette fatale terminaison, si sa première *irritation de poitrine* n'eût pas été *négligée.*

ce n'est un peu dans la région du cœur; douleur à la partie antérieure du larynx, surtout pendant la toux; résonnance assez bonne dans toute la poitrine; respiration généralement faible, surtout dans la région du sommet des poumons, sans râle.

La matité de la région précordiale est de 3 pouces 1/2 transversalement et verticalement; bruit de soufflet léger, ayant son maximum d'intensité vers la région de l'orifice de l'aorte, ne masquant pas complétement le premier bruit valvulaire; ce premier bruit, ainsi que le second, sont parcheminés, secs, dans la région des cavités gauches; léger bruit de diable dans la carotide droite seulement; palpitations; essoufflement en marchant vite et en montant un escalier.

Sueurs la nuit, surtout à la poitrine, aux mains et aux pieds; amaigrissement et anémie; pouls à 76-80, régulier, peu développé.

Céphalalgie frontale; étourdissements fréquents.

Langue rouge, humide; ni nausées ni vomissements; rien de particulier pour le ventre; peau chaude et moite; urines facilement rendues; douleur dans les membres (dans les supérieurs surtout). (*Viol. guim. sir. gom.; looch sir. diac.* 1 *once*; *empl. émét. en avant et en arrière de la poitrine*; *lavem. émoll.*; 2 *bouillons; lait coupé.*)

Au bout de quelques jours, la toux devint moins fréquente, l'enrouement disparut, mais les autres symptômes restèrent les mêmes; cependant le malade voulut sortir de l'hôpital le 5 août, dix jours après son entrée.

OBSERVATION XII.

Salle des femmes, n. 7. — La nommée Robichon, âgée de 17 ans, fleuriste, demeurant rue Saint-Germain-l'Auxerrois, 10, née à Paris; malade depuis 3 mois, entrée le 3 mai 1836, sortie le 19 juin 1836.

Diagnostic. — BRONCHITE ET PEUT-ÊTRE PLEURO-PNEUMONIE NÉGLIGÉES ET DEVENUES CHRONIQUES *avec tuberculisations et excavation tuberculeuse à la partie supérieure du poumon gauche.*

Le cœur a participé à l'inflammation.

Réglée depuis l'âge de quinze ans, peu abondamment et peu régulièrement; d'une constitution délicate et d'un tempérament nerveux; taille élevée; poitrine étroite; pâle et maigre.

Elle a eu un premier rhume dans l'hiver de 1835, et il a duré environ trois semaines. Il est survenu un *second rhume* en février 1836, et c'est pour les suites de cette affection qu'elle entre à l'hôpital; elle n'a jamais craché de sang et n'a pas eu de dévoiement.

Avant l'entrée elle a été *saignée*; 20 *sangsues ont été appliquées aux cuisses*; *elle a pris aussi de la manne, de l'huile de ricin, un sel purgatif, et un vin médicamenteux dont elle ignore le nom.*

3 *et* 4 *mai.* — Pouls à 108, assez développé; peau chaude; sueur à la poitrine; respiration gênée, à 28; matité sous la clavicule gauche, et dans un point de cette région, *tintement de pot fêlé*; dans ce même point, on entend une pectoriloquie forte, et une respiration amphorique; respiration bonne, ainsi que la sonoréité sous la clavicule droite; respiration et sonoréité assez bonnes en arrière des deux côtés, excepté au sommet du poumon gauche; là, gargouillement et retentissement de la voix (dans toute la région du scapulum gauche); crachats séro-muqueux, en assez petite quantité.

La matité de la région sous-claviculaire gauche finit par se confondre avec celle de la région du cœur, laquelle ma-

tité a doublé d'étendue; les bruits de celui-ci sont secs et âpres; ils se propagent jusqu'à la clavicule, renforcés par l'induration du tissu du poumon.

Langue rosée, humide; appétit conservé; pas de vomissement; ventre souple, indolent; pas de selle depuis deux jours; urine bourbeuse comme du moût de raisin, presque inodore. (*Guim. viol. sir. gom.*; *lichen-lait*; *look blanc thridace gr. 6; lav. émoll.; catapl. sur la poitrine, arrosé de 30 gouttes d'huile de croton; 2 bouillons; 1 tasse de lait coupé avec du gruau.*)

5. — Bruit de gargouillement très fort, et pas de tintement métallique, la caverne étant tout-à-fait pleine; pouls à 100; température abdominale à 34-35°; bruit de diable dans la carotide gauche. (*Frict. pomm. stibiée sous la clavicule gauche.*)

6. — Crachats séro-muqueux, peu abondants; tintement métallique peu marqué, la caverne étant à peu près pleine; un peu de douleur au-dessous du sein gauche. (*Empl. stibié sous la clavicule gauche, gr. 15; 2 bouillons, 2 crèmes de riz et 2 tasses de lait.*)

Du 6 *au* 11. — Bruit de bourdonnement d'insectes dans les deux carotides; rien dans les crurales (le bruit de diable devient de temps en temps musical); même état d'ailleurs.

Les jours suivants, peu de changement. (*Inspirations chlorurées.*)

19 *juin*. — Sortie. — Un peu de soulagement.

OBSERVATION XIII.

Salle des hommes, n. 6. — Le nommé Boudard, âgé de vingt-quatre ans, mécanicien, demeurant rue de Judas, 8, né à Paris; malade depuis 1 an, entré le 15 juillet 1836, sorti le 4 août 1836.

Diagnostic. — TUBERCULISATION *avec excavation au sommet du poumon droit; altération précédée d'un catarrhe chronique et d'une douleur dans la région sous-claviculaire.*

Pas de fièvre notable.

D'une constitution un peu délicate; peau pâle et mince.

A l'âge de sept à huit ans, *fluxion de poitrine* qui ne fut guérie qu'au bout de deux mois.

En juin 1835, rhume accompagné d'une forte douleur vers le sein droit, douleur qui a duré huit jours : elle a cessé, puis elle est revenue au bout de trois à quatre semaines; elle disparaît de nouveau, et revient au commencement de l'hiver, époque depuis laquelle elle n'a presque plus quitté le malade (cette douleur s'est étendue plusieurs fois dans l'épaule droite); un peu d'étouffement en montant.

Depuis vingt jours, à la suite d'un travail fort, il a craché du sang à deux reprises différentes (1).

Son père est bien portant; sa mère est morte à vingt-neuf ans d'*une maladie de poitrine*; il a un frère et une sœur dont il est l'aîné, et qui sont, dit-il, bien portants.

15 *et* 16 *juillet*. — Dans le crachoir existent des crachats composés d'une certaine quantité de matière albumineuse jointe à une portion de mucus jaune, verdâtre et épais; toux fréquente, surtout le matin et le soir; douleur assez vive, augmentant dans la toux et l'inspiration, à un demi-pouce au-dessous et en dedans du sein droit; respiration libre (à 20); à gauche, résonnance bonne en avant et en arrière; à droite, résonnance faible en avant sous la clavicule, surtout vers l'extrémité sternale de cet os; il existe une dépression notable dans la région sous-claviculaire, et la percussion y produit un *quasi tintement de pot fêlé*; résonnance très faible aussi, en arrière de ce coté, vers les fosses sus et sous-épineuses (en un mot dans le quart supérieur de ce côté environ); respiration vésiculaire bonne à gauche; râle muqueux gros, approchant du gargouillement, avec retentissement très fort de la voix sous la clavicule droite, dans le point correspondant au minimum de la résonnance; gros râle muqueux en arrière, dans la région du scapulum, avec

(1) Au mois de novembre dernier, il a passé dix-huit jours dans le service de M. Louis. Il est entré ensuite à l'hôpital Cochin, service de M. Pavet de Courteilles.

pectoriloquie évidente dans l'espace compris entre le bord postérieur du scapulum et la colonne vertébrale, au niveau et un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate; pouls à 68-72, régulier, médiocrement développé; bruits du cœur normaux; peau chaude et sèche; la nuit, sueur à la poitrine et à la tête; langue rosée, humide; appétit; soif vive; ni nausées ni vomissements; une selle naturelle hier (avant, le malade avait le dévoiement); amaigrissement depuis six mois (depuis deux mois surtout, le malade sent ses forces diminuer); peu de sommeil à cause de la douleur de la poitrine et de la toux. (*Viol. et guim. sir de gomme; lichen-lait; empl. émét. sous la clav. droite et en arrière; jul. sir. diacode; lav. émoll.; bouillon; lait; riz.*)

Les jours suivants, le malade se plaint de constipation. (*Manne, 2 onces.*)

Après avoir fait quelques inspirations chlorurées et continué l'usage des béchiques et des opiacés, le malade éprouve un peu de soulagement, et quitte l'hôpital le 4 août.

SECONDE SECTION.

Résumé des 13 cas précédents, considérés sous le rapport du sexe, de l'âge, de la constitution des malades, et de quelques autres circonstances sur lesquelles nos observations ne s'accordent pas avec celles de quelques auteurs.

---

§ Ier.

Sexe, âge, constitution des malades, hérédité.

I. — SEXE ET AGE DES 13 MALADES. — 1° *Sexe.* Deux appartenaient au sexe féminin et onze au sexe masculin; mais pour donner le rapport de la fréquence de la *phthisie* suivant le sexe, il faut tenir compte de la circonstance suivante, savoir que notre salle des hommes se compose de vingt-six

lits, tandis que celle des femmes n'en contient que quatorze. En tenant donc compte de cette circonstance, nous trouvons que dans nos 15 cas, la *phthisie* a sévi plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, dans le rapport de 3 à 1. Ce résultat n'est pas conforme à celui que M. Louis a obtenu; de 123 cas dont il a fait l'analyse dans son *Traité de la phthisie*, 70 appartiennent aux femmes et 57 aux hommes; par conséquent, suivant M. Louis, *le sexe qui semble le plus exposé à la phthisie est le sexe féminin* (1). Quant à nous, qui n'avons pas encore analysé sous le rapport de l'âge toutes les observations de phthisie que nous avons recueillies depuis plus de 15 ans, nous ne prétendons admettre ni rejeter pour le moment la conclusion de M. Louis. Les 15 cas que nous analysons ne sont pas assez nombreux pour que nous en tirions une proposition générale; nous croyons même que les faits analysés dans l'ouvrage de M. Louis sont bien loin d'être assez nombreux eux-mêmes pour décider la question dont il s'agit. Cette solution n'aura force de loi qu'autant qu'elle sera déduite de faits rassemblés non pas par dizaines, ni même par centaines, mais par milliers, faits qui, d'ailleurs, auront dû être bien pesés avant d'avoir été comptés définitivement.

(1) Nous avons dit précédemment, et il est nécessaire de le répéter ici, que M. Louis a trouvé, au contraire, que les femmes étaient moins sujettes que les hommes au catarrhe pulmonaire, et il en a conclu que l'influence de cette dernière maladie sur la phthisie n'était rien moins que réelle (sur 149 cas de catarrhe pulmonaire recueillis par M. Louis, 52 seulement, ou le tiers environ, appartenaient aux femmes). Les résultats fournis par la numération des cas de bronchite consignés dans cet ouvrage ne sont pas d'accord avec ceux de M. Louis. Ces cas sont au nombre de 15 (11 de bronchite aiguë, 4 de bronchite chronique). Or, de ces 15 cas, 6 appartiennent aux femmes ; et comme le nombre de nos lits de femmes n'est que de 14, et ceux des hommes de 26, il s'ensuit qu'il y a eu proportionnellement plus de catarrhes pulmonaires chez les femmes que chez les hommes ; mais je me garderai bien de tirer une conclusion générale de faits si peu nombreux.

2° — *Age.* — Nos 13 malades étaient âgés de 16 à 37 ans; 7 étaient âgés de 16 à 25 ans, et les 6 autres de 31 à 36 (1). Il est généralement reconnu aujourd'hui que, à partir de la puberté jusqu'à la vieillesse, la période de la vie à laquelle on observe le plus fréquemment la phthisie, est celle comprise entre 15 et 40 ans. Nos observations confirment cette opinion, qui s'est, d'ailleurs, introduite dans la science, sans le secours de la méthode numérique *précisée.* Ce n'est que par l'usage de cette méthode qu'on pourra déterminer le chiffre proportionnel des phthisiques aux différentes périodes que l'on peut établir entre 16 et 60 ou 70 ans. A cette dernière période, la maladie devient excessivement rare.

Bayle et M. Louis, en appliquant cette méthode à leurs observations, ont trouvé que *le nombre des individus morts phthisiques est plus considérable de* 20 *à* 40 *que de* 40 *à* 60, *bien que la mortalité absolue soit moindre dans la première que dans la seconde de ces périodes* (2).

Un fait incontestable, c'est que la jeunesse est une circonstance qui *prédispose* à la phthisie pulmonaire.

II. — Constitution et hérédité. — 1° *Constitution.* — De nos 13 malades, 2 seulement avaient une forte constitution (Obs. 4 et 7); l'un était brun, sanguin; l'autre avait les cheveux châtains, la peau fine, blanche. Tous les autres avaient une constitution délicate, faible; ils offraient, en général, les attributs du tempérament lymphatique, ou avaient même été atteints de maladies dites scrofuleuses (Observat. 5, 6), et quelques uns avaient la poitrine étroite (Observ. 11) (3).

(1) Voici la récapitulation de l'âge de chacun de nos malades : n° 1, 23 ans; n° 2, 31; n° 3, 36; n° 4, 37; n° 5, 16; n° 6, 21; n° 7, 36; n° 8, 37; n° 9, 21; n° 10, 22; n° 11, 31; n° 12, 27; n° 13, 24.

(2) Voyez les tableaux publiés dans l'ouvrage de M. Louis sur la phthisie (pag. 533).

(3) Voici, du reste, la récapitulation de ce que nous avons noté pour chaque sujet :

N° 1. — Poitrine étroite, *délicate;* peau fine, tempérament nerveux.

Il est à regretter que, dans l'article qu'il a consacré à l'examen des *conditions* qui peuvent exercer une influence sur le développement de la phthisie, M. Louis n'ait pas étudié d'une manière spéciale la constitution et l'organisation des sujets.

Sans doute, l'observation a surabondamment démontré qu'il est certaines conditions d'organisation qui favorisent la production de la phthisie pulmonaire, et qui partant constituent une prédisposition spéciale; mais pour apporter toute la précision nécessaire dans ce point de l'histoire de la phthisie pulmonaire, il faut le soumettre à l'épreuve de la méthode numérique bien entendue.

2° *Hérédité.* — La question de l'hérédité se rattache étroitement à celle de la constitution; en effet, s'il est vrai qu'on hérite souvent de la constitution de ses parents, et que la constitution originelle soit au premier rang des *causes prédisposantes*, il s'ensuit évidemment que l'hérédité est elle-même au nombre de ces dernières. Malheureusement il est

N° 2. — Faible constitution ; tempérament lymphatico-sanguin.

N° 3. — Constitution délicate ; châtain ; peau fine et blanche.

N° 4. — Constitution forte ; poitrine bien développée ; peau fine, blanche ; châtain.

N° 5. — Constitution grêle ; tempérament lymphatique ; scrofuleux (engorgement des ganglions) ; blond ; peau blanche.

N° 6. — Tempérament lymphatique ; scrofuleux (ganglions engorgés, et traces de cicatrices d'abcès dits scrofuleux).

N° 7. — Constitution forte ; brun ; sanguin.

N° 8. — Constitution délicate ; tempérament sanguin-bilieux.

N° 9. — Constitution grêle ; lymphatique ; blond.

N° 10. — Constitution délicate ; lymphatico-sanguin ; châtain ; peau fine, blanche.

N° 11. — Constitution délicate ; poitrine étroite, allongée ; brun ; tempérament nerveux-bilieux, un peu anémique (bruit de diable dans les artères).

N° 12. — Constitution délicate ; taille élevée ; poitrine étroite ; pâle, maigre, nerveuse.

N° 13. — Constitution un peu délicate ; peau pâle et mince.

bien difficile de recueillir les documents nécessaires à la solution de cette question chez les malades placés dans les hôpitaux. Dans 2 ou 3 des 13 cas ci-avant rapportés, la phthisie a paru être héréditaire. Au reste, ces faits sont trop peu nombreux pour en déduire une loi générale *précise* (1).

§ II.

Rapports de la phthisie avec la pleuro-pneumonie, la pleurésie, le catarrhe pulmonaire et l'hémoptysie chez nos 13 malades.

Il n'est aucun de nos malades chez lesquels la phthisie pulmonaire n'ait été précédée ou accompagnée d'un catarrhe pulmonaire, d'une pleuro-pneumonie ou d'une hémoptysie, ainsi que le démontre la récapitulation qu'on peut lire dans la note ci-jointe (2). Malheureusement, nous

(1) Ces réflexions sont conformes à celles de M. Louis sur le même sujet. Sans vouloir révoquer en doute l'influence de l'hérédité, il pense que, *pour la mettre dans tout son jour et connaître le degré dans lequel elle a lieu, il faudrait dresser des tableaux de mortalité dans lesquelles on comparerait un égal nombre de sujets nés de phthisiques et de personnes qui ne l'étaient pas.* (Ouv. cit., pag. 533.) Ajoutons que, pour éviter toute chance d'erreur, il faudrait, à part la condition d'être ou de n'être pas nés de parens phthisiques, que les autres conditions fussent égales dans les deux séries de faits.

(2) N° 1. — La malade était sujette à s'enrhumer depuis son jeune âge ; elle avait craché deux ou trois fois du sang, et 15 mois avant son entrée, elle avait eu un point de côté à gauche.

N° 2. — Trois ans avant l'entrée, point de côté à droite, et plus tard, *rhume négligé.* Le malade disait n'avoir pas été sujet à s'enrhumer.

N° 3. — Premier rhume avec douleur de côté six mois avant l'entrée.

N° 4. — Le malade, sujet à s'enrhumer, avait contracté son dernier rhume 5 semaines avant son entrée.

N° 5. — Le malade avait, pour la première fois, disait-il, contracté un rhume 17 mois avant l'entrée.

N° 6. — Le malade était sujet à s'enrhumer ; 2 mois avant son entrée, il avait contracté son dernier rhume, lequel fut accompagné de point de côté sans crachement de sang.

n'avons pu admettre l'existence de ces maladies que par les renseignements obtenus des malades, données bien moins satisfaisantes que celles fournies par l'exploration directe.

Trois de nos 13 malades seulement déclarèrent avoir craché du sang. Nous ignorons si, à l'époque où survinrent les hémoptysies, déjà les signes de la phthisie pulmonaire existaient à un degré plus ou moins prononcé; mais dans tous ces cas, l'hémoptysie avait été précédée ou du moins accompagnée d'un *rhume*. Cette dernière affection avait également existé chez tous les autres malades, qui ne nous déclarèrent pas avoir éprouvé d'hémoptysie, faible ou forte, si nous en exceptons peut-être le sujet de l'observation 8, dans l'histoire duquel on n'a rien noté de positif à cet égard. (A l'autopsie cadavérique de ce dernier, la membrane muqueuse des bronches offrit une teinte d'un rouge vif.)

Ainsi donc, dans 12 des 13 cas, la phthisie a réellement co-existé avec un *rhume* ou un catarrhe pulmonaire. Quatre de ces malades étaient *sujets à s'enrhumer*; chez les autres, la phthisie s'était déclarée à la suite du premier ou du second

N° 7. — Le malade avait éprouvé son premier rhume 18 mois avant l'entrée; il en avait contracté un second avec enrouement 5 semaines avant l'entrée.

N° 8. — Le malade avait éprouvé un point de côté droit un an avant son entrée.

N° 9. — Rhume dont le début n'a pas été bien déterminé.

N° 10. — Le malade disait n'avoir pas éprouvé de rhume avant sa maladie actuelle, qui avait commencé par de la toux, un point de côté droit sans crachement de sang (la maladie fut *négligée*).

N° 11. — Le malade était sujet à s'enrhumer depuis plusieurs années, et avait craché plusieurs fois du sang.

N° 12. — Premier rhume qui dura 15 jours, un an avant l'entrée; second rhume, sans crachement de sang, 3 mois avant l'entrée, et c'est pour ce rhume négligé que la malade entre à l'hôpital.

N° 13. — 8 ans avant l'entrée, fluxion de poitrine qui dura deux mois; un an avant l'entrée, rhume *négligé*, avec douleur sous le sein droit et crachement de sang.

rhume qu'ils avaient contracté et *négligé*, ou mal traité. Dans tous les cas, le rhume *paraît* avoir préexisté à la tuberculisation pulmonaire; toutefois, comme nous n'avons pu examiner les malades qu'à une époque où celle-ci était déjà plus ou moins avancée, nous n'émettons cette proposition que sous la forme de probabilité. Ajoutons d'ailleurs que la tuberculisation pulmonaire, à son début, ne saurait être distinguée par aucun signe physique *positif, certain*, soit d'une bronchite, soit d'une broncho-pneumonie ou d'une pleuro-pneumonie.

Dans 7 de nos 13 cas, les malades ont éprouvé au début un point de côté analogue à celui qui accompagne une pleuro-pneumonie ou une pleurésie. Il me paraît probable qu'il a existé en effet, dans les cas dont il s'agit, une de ces maladies, et spécialement la première; mais elle n'a point affecté cette marche rapide, cette forme aiguë dont nous avons rapporté 26 cas dans le chapitre sixième de la première division de la classe des phlegmasies. Elle a été, au contraire, lente, sourde, chronique, plus ou moins *latente*, comme on le dit vulgairement (c'est de cette péripneumonie que Stoll a dit, comme nous l'avons vu dans nos considérations préliminaires : *Est sæpe* CHRONICA, *non raro* HÆREDITARIA, *tuncque in phthisin terminanda*).

On ne saurait trop le répéter, la pleuro-pneumonie aiguë proprement dite se termine presque constamment par la guérison ou par la mort, et ce n'est réellement que dans des cas exceptionnels qu'elle passe à l'état chronique. Or, comme il n'est pas bien démontré peut-être que, dans ces derniers cas eux-mêmes, on rencontre une *véritable tuberculisation* des poumons à la mort des malades, certains auteurs auraient bien quelque raison de révoquer en doute, ou même de nier l'influence de la pleuro-pneumonie sur le développement des tubercules pulmonaires, si ceux qui ont admis cette influence avaient voulu parler de la pleuro-pneumonie aiguë vraie (*peripneumonia vera*, comme disait Stoll).

La pneumonie tuberculeuse ou tuberculisatrice se développe le plus souvent d'*emblée* sous la forme chronique, et si l'on étudie la tuberculisation dans les autres organes qu'elle peut affecter, on verra qu'elle y reconnait également pour point de départ ordinaire, une phlegmasie qui revêt la même forme ; telle est, par exemple, cette entérite ulcérative et tuberculeuse que l'on observe si souvent chez les individus atteints de phthisie pulmonaire (1).

Dans nos considérations préliminaires, nous avons exposé la doctrine de M. Louis sur le sujet qui nous occupe. Nous n'y reviendrons point ici ; nous nous contenterons de signaler l'opposition qui existe entre les faits observés par nous, et l'opinion adoptée par cet auteur (2).

(1) Je sais bien que certains observateurs, loin de considérer les tubercules intestinaux comme l'effet d'une phlegmasie ulcérative des follicules agminés ou isolés de la membrane muqueuse intestinale, attribuent les ulcérations à la fonte et au ramollissement de tubercules préexistants. Mais rien n'est plus contraire à la saine observation qu'une pareille doctrine. Autant vaudrait dire que la tuberculisation des ganglions mésentériques est également antérieure à la phlegmasie ulcéreuse chronique des plaques de Peyer ; que les granulations dites tuberculeuses des membranes séreuses sont antérieures à la phlegmasie chronique de ces membranes, etc., etc. Au reste, c'en est trop sur un sujet que mon intention n'est pas d'étudier ici dans tous ses détails.

(2) Des 80 malades qui avaient pu rendre compte à M. Louis des affections qu'ils avaient éprouvées antérieurement au début de la phthisie, 23 seulement étaient fort sujets au catarrhe pulmonaire ; 52, ou les 2/3 environ, en étaient rarement atteints. C'est-à-dire que, sur 80, 75 avaient été atteints de catarrhe (les uns fréquemment, les autres rarement). Et M. Louis conclut de là *qu'on ne saurait considérer la phthisie comme une des suites du catarrhe pulmonaire ; qu'il n'y a pas de relation évidente entre ces deux maladies !* Qu'aurait pu dire de plus M. Louis, si, au lieu de constater l'existence du catarrhe 75 fois sur 80 chez les phthisiques, il en eût, au contraire, constaté la non-existence dans la même proportion? Il n'est pas nécessaire d'ajouter que l'influence du catarrhe sur la production des tubercules pulmonaires ne se fait réellement bien sentir qu'autant que cette affection sévit chez des individus *prédisposés* aux tubercules, et cette condition existant, la tuberculisation peut être

§ III.

Causes déterminantes ou occasionnelles.

De toutes les causes occasionnelles ou déterminantes de la phthisie pulmonaire, la seule dont je me propose de parler ici est l'influence du froid. Si la maladie qui nous occupe n'est au fond qu'une forme des phlegmasies pulmonaires chroniques, il est clair qu'on peut appliquer à son étiologie la doctrine que nous avons développée en nous occupant de la pleuro-pneumonie ; et d'après les rapports qui existent entre un rhume négligé et la phthisie pulmonaire, il est évident aussi que les causes propres à provoquer la première de ces maladies, sont également autant de causes déterminantes ou occasionnelles de phthisie pulmonaire. Or, qui oserait méconnaître l'influence du froid sur la production des rhumes ? Nier une pareille influence, ne serait-ce pas réellement nier la lumière ? Qui ne s'est jamais enrhumé par cette cause ? Étant admise la *prédisposition tuberculeuse*, il est donc aussi impossible de nier l'influence du froid comme cause occasionnelle ou déterminante de la phthisie pulmonaire, que de nier l'influence de ce même froid sur le développement des rhumes, puisque, encore une fois, la phthisie pulmonaire n'est pour ainsi dire qu'une forme du rhume, un rhume *négligé*, une *péripneumonie chronique* ou *latente* (Stoll), une *broncho-pneumonie* tuberculeuse selon nous.

Toutefois, cette opinion étant contestée par des observateurs dont le nom fait autorité, et spécialement par M. Louis, le raisonnement précédent ne saurait avoir une

la suite d'un premier ou d'un second rhume un peu fort, surtout s'il a été négligé. On aura beau dire, dans ce cas, que les personnes n'étaient pas *sujettes à s'enrhumer*, l'influence du rhume n'en aura pas été moins certaine, et c'est assurément un excellent moyen de n'être pas exposé à des rhumes répétés, que d'être frappé de tuberculisation à la suite du premier que l'on aura contracté.

grande force qu'à la condition d'être en harmonie avec les faits et les inductions directes qui en dérivent. Voyons donc s'il en est ainsi. Quiconque a bien médité les belles recherches de l'illustre auteur de l'histoire des phlegmasies chroniques sur l'objet dont nous nous occupons, ne saurait ignorer que la phthisie pulmonaire, *toutes choses étant d'ailleurs égales*, est plus fréquente dans les endroits froids et humides, comme la Hollande, par exemple, que dans les climats habituellement chauds, tels que l'Italie, etc. (1). Ce qui est vrai pour les hommes l'est également pour certains animaux, et tout le monde sait, par exemple, que la plupart des singes, transportés de climats chauds dans le climat relativement très froid de Paris, sont moissonnés par la phthisie pulmonaire.

En présence de ces faits et d'autres analogues, j'étais, je l'avoue, tellement convaincu de l'influence du froid sur le développement de la tuberculisation pulmonaire, comme sur celui du simple catarrhe et de la péripneumonie, que

(1) Je regrette de ne pouvoir consigner ici les passages dans lesquels M. Broussais a fait ressortir, avec un profond talent d'observation, l'influence du froid sur les phlegmasies pectorales aiguës et chroniques auxquelles se rattache la phthisie pulmonaire. On se tromperait étrangement si l'on croyait que M. Broussais n'a pas fait jouer à la *prédisposition* un rôle aussi important que celui qu'il a attribué à la cause occasionnelle dont nous nous occupons. Il va même jusqu'à dire que, chez les individus qui ont les formes délicates, les chairs molles, la poitrine étroite, etc., il est si ordinaire de voir la phthisie se déclarer, *en dépit de toutes les précautions hygiéniques*; que l'on serait tenté d'admettre en principe qu'elle est alors spontanée, ou que du moins elle se développe par le seul effet des *stimulants* auxquels tout homme est inévitablement soumis dans le genre de vie le plus tranquille et le plus uniforme. Toutefois, M. Broussais ajoute que *le stimulant le plus redoutable pour ces sortes de tempéraments, c'est le froid, que le froid rend phthisiques les sujets qui présentent cette organisation, quoiqu'ils aient écarté tous les autres agents irritants, tandis qu'ils peuvent supporter impunément l'action de la plupart de ces agents lorsqu'ils vont habiter un climat habituellement chaud.*

dans bien des cas de ces maladies, je n'avais pas songé à recueillir des renseignements positifs sur ce point d'étiologie. Mais puisque M. Louis et quelques autres ne partagent pas cette conviction, pour mettre la vérité hors de toute espèce de doute, les bons observateurs ne sauraient trop s'appliquer à recueillir exactement de nouveaux faits, et à les *compter*. Par la méthode, numérique en effet, on ne démontrera pas seulement l'influence de la puissante cause que nous discutons, mais on déterminera pour ainsi dire le chiffre de son action. Au reste l'Académie royale de médecine est saisie de cette question, et il est à désirer qu'elle puisse se procurer les documents qu'elle a demandés à ses correspondants. Quant à nous, à vrai dire, nous ne comptons pas beaucoup sur les succès de l'enquête qu'elle a provoquée, et nous répétons que tout en regrettant que la méthode numérique n'ait pas encore été convenablement appliquée à l'étude de ce problème d'étiologie, nous n'en restons pas moins intimement convaincu, par les masses de faits non *comptés* dont la science est en possession, que l'on s'enrhume souvent quand on s'expose au froid après avoir eu chaud, et que ces rhumes peuvent aboutir à la phthisie quand ils se déclarent chez des sujets *prédisposés*.

Il est d'ailleurs bien fâcheux que M. Louis n'ait pas étudié cette question dans l'ouvrage qu'il a écrit sur la phthisie pulmonaire.

Les 13 cas que nous avons consignés dans ce chapitre ne sauraient jeter une bien vive lumière sur le sujet que nous examinons; en effet, tous les malades n'ont pas été interrogés avec une précision suffisante. Il aurait fallu savoir si les *rhumes* auxquels presque tous faisaient remonter leur maladie s'étaient déclarés sous l'influence du froid, surtout de celui qui succède à une chaleur assez forte pour avoir provoqué des sueurs. En relevant ce qui se rapporte à cette question, je trouve que 5 de nos 13 malades ont déclaré avoir contracté les rhumes qui ont précédé leur phthisie

confirmée, après avoir été exposés à l'influence d'un refroidissement; en relevant, d'un autre côté, ce qui est relatif à l'étiologie des 17 cas de bronchite aiguë et chronique que contient cet ouvrage, je trouve que, dans 10 cas, rien n'a été noté sur le froid auquel ils avaient pu être exposés; que, dans 6 cas, au contraire, il a été fait mention de l'influence de cette cause, et que, dans un dernier cas, il a été noté que le sujet ignorait la cause de son rhume, mais que, par sa profession, il était exposé à toutes les vicissitudes atmosphériques (1).

§ IV.

Des sudamina chez nos malades.

Chez 4 de nos 13 malades (Obs. 2, 4, 5, 9), c'est-à-dire dans le tiers environ des cas, les sueurs coïncidèrent avec des *sudamina*. Chez les 9 malades restant, rien n'a été noté à cet égard; or, comme je n'ai pas la certitude que nous ayions cherché chez eux, du moins chez tous, les sudamina, je ne puis affirmer qu'il n'en existait réellement pas dans ces derniers cas. Dans un de ces cas (Obs. 13), la tuberculisation n'occupait que le sommet du poumon droit et n'était pas accompagnée d'un mouvement fébrile notable. Chez quelques uns des 8 autres malades, il n'a pas existé de

(1) Il est une institution bien propre à nous fournir d'importants documents sur l'étiologie des maladies en général, et sur celle des phlegmasies pectorales à la suite desquelles peut survenir la phthisie pulmonaire, je veux parler du *Bureau central d'admission*. Pour moi, qui, attaché pendant six ans à cet utile et grand établissement, ai reçu 30,000 malades environ, je me suis assuré, sans compter en détail, il est vrai, de l'influence qu'exercent les saisons, les brusques variations de l'atmosphère, les refroidissements subits, sur la production des inflammations des organes respiratoires, et j'avoue que j'ai peine à concevoir comment cette influence a pu être, je ne dis pas niée, mais seulement mise en doute par certains observateurs.

sueurs, ou s'il en a existé, elles ont été peu copieuses. Depuis l'époque où ces observations ont été recueillies, nous avons cherché avec soin des *sudamina* chez les phthisiques qui ont été placés dans nos salles, et nous en avons souvent trouvé. Je n'ai pas en ce moment sous les yeux les observations dont il s'agit (elles sont entre les mains de M. Montault); mais je ne crois pas m'exposer à être démenti par l'expérience, en annonçant ici que, chez les phthisiques, qui, comme il arrive ordinairement, sont tourmentés par des sueurs abondantes, l'existence de *sudamina* plus ou moins nombreux est la règle et leur non-existence l'exception.

Cette assertion paraît un peu en désaccord avec le passage suivant des recherches de M. Louis sur la phthisie pulmonaire: « Les sudamina qu'on observe si fréquemment » à la suite des sueurs dans le cours des *fièvres continues* (1), » sont beaucoup plus rares, toutes choses égales d'ailleurs, » chez les sujets atteints de toute autre espèce de maladie (2).

(1) Dans ses *Recherches* sur ces fièvres, M. Louis établit, au contraire, que *les sudamina* (chez ses malades) *ne furent pas, à beaucoup près, dans un rapport constant avec les sueurs; qu'ils étaient quelquefois en raison inverse de celles-ci, nombreux quand elles avaient été peu abondantes, et réciproquement; que les sueurs n'étaient pas par conséquent la circonstance la plus importante de celles qui concouraient à leur développement.* Je ne reviendrai point sur ce que nous avons dit ailleurs à ce sujet (*voy.* t. Ier, pag. 288-89).

(2) Cette assertion n'est rien moins que conforme à l'exacte observation. J'ai répété, dans le cours de clinique que je fais actuellement (semestre d'été de 1837), les expériences dont j'ai parlé à la page 289 du tome Ier de cet ouvrage, et elles ont eu le même résultat. J'ose donc affirmer que, quelle que soit la phlegmasie ou fièvre aiguë pendant le cours de laquelle on aura observé des sueurs abondantes et prolongées, *règle générale*, en cherchant avec soin, on trouvera des *sudamina*. Nous les avons montrés à de nombreux élèves et à plusieurs confrères chez des individus atteints de pneumonie, de catarrhe pulmonaire (*voy.*, par exemple, les obs. II et IV du chapitre relatif à la bronchite chronique), et je ne reviens pas de mon étonnement en lisant dans M. Louis que *les affections*

» Nous en avons vu *quelquefois* chez les phthisiques, mais » jamais en aussi grand nombre que dans le cours des *fièvres* » *graves* (ouv. cité, pag. 212). » Ce mot *quelquefois* est bien vague, mais suppose pourtant que M. Louis ne considère pas comme une chose ordinaire la présence de *sudamina* chez les phthisiques. Quand M. Louis aura bien *examiné* et bien *compté*, nous saurons jusqu'à quel point les résultats qu'il aura obtenus confirmeront ou infirmeront la loi ci-dessus posée. Jusque là, nous croirons que le mot *quelquefois* n'est pas celui qui convient le mieux quand il s'agit de signaler le degré de fréquence des *sudamina* chez les phthisiques qui suent beaucoup (1).

Quant à la remarque que fait M. Louis *pour ceux qui ne veulent reconnaître de cause de dérangement des fonctions que l'inflammation*, savoir, qu'*il serait difficile, quelque bonne volonté qu'on eût, de la croire pour quelque chose dans la production des sueurs chez les phthisiques, dont la peau reste pâle et flasque au milieu de ces énormes*

dans le cours desquelles il n'a point observé de sudamina sont le catarrhe pulmonaire, la péripneumonie, etc. (*Rech. sur l'aff. typh.*, t. II, pag. 245).

(1) Relativement à la valeur de ce mot *quelquefois*, je me permettrai de recommander à M. Louis la méditation du passage suivant de l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques*. En parlant des symptômes accessoires dont on mêle la description à celle des signes fondamentaux, M. Broussais, dès 1808, disait : *Comme ces symptômes sont loin d'être constants, on a été obligé, en les indiquant, de se servir des expressions* QUELQUEFOIS, PARFOIS, SOUVENT, DANS CERTAINS CAS, DANS D'AUTRES CIRCONSTANCES, *etc.*, *sortes de* LOCUTIONS VAGUES *qui disent très clairement que l'on ignore la cause du phénomène, et qu'on ne le rattache à aucun autre. Je conviens que ces façons de parler ne pourront être bannies du langage de la pathologie que lorsque la science sera perfectionnée ; mais quoique cette époque soit éloignée, il faut s'habituer à ne les employer que le moins possible, et surtout jamais dans l'intention d'arrondir une période.* (Ouv. cit., 3ᵉ édit, t. II, pag. 171.)

Je rends volontiers à M. Louis cette justice, qu'il est au premier rang de ceux qui pensent aujourd'hui comme pensait, il y a près de trente ans, l'auteur que nous venons de citer.

déperditions; quant à cette remarque, dis-je, elle est sans doute extrêmement sérieuse; mais, à ma grande confusion, j'ignorais, je l'avoue, qu'il existât des auteurs qui ne voulussent reconnaître de cause de dérangement des *fonctions que l'inflammation*, et si ces auteurs existent réellement, ils n'auront qu'à suer pour être bien et dûment convaincus de leur erreur.

§ V.

De l'état du cœur chez nos 13 phthisiques, et nouvelles preuves de la coïncidence des phlegmasies de l'endocarde et du péricarde avec la pleurésie et la pleuro-pneumonie.

Dans sept des treize cas que nous avons rapportés, le cœur se trouvait plus ou moins altéré, et les principales de ces altérations avaient eu pour point de départ une endocardite, une péricardite ou une endo-péricardite (1). Dans

(1) N° 1. — Le cœur était trop volumineux pour une phthisique. En même temps, la valvule mitrale était épaissie, indurée, raboteuse, lésion qui avait entraîné un léger rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

N° 2. — Rien de notable au cœur.

N° 3. — Rien de noté pour le cœur.

N° 4. — *Idem.*

N° 5. — Cœur diminué de volume ; un peu d'épaississement des valvules auriculo-ventriculaires.

N° 6. — Cœur d'un tiers plus petit qu'à l'état normal, ridé ; un peu d'épaississement des valvules auriculo-ventriculaires.

N° 7. — Cœur d'un volume à peu près normal ; plaque laiteuse sur le péricarde en arrière, avec léger épaississement des valvules auriculo-ventriculaires.

N° 8. — Cœur d'un tiers moins volumineux qu'à l'état normal, ridé, comme flétri ; masse hydatique développée à sa face antérieure ; teinte opaline de l'endocarde, avec un peu d'épaississement des valvules auriculo-ventriculaires.

N° 9. — Rien de noté pour le cœur.

N° 10. — Rien de notable pour le cœur.

trois des neuf cas qui se sont terminés par la mort, on a oublié de noter l'état du cœur. Dans un quatrième, on n'a trouvé aucune altération notable. Dans trois des cinq cas restants, le volume du cœur avait diminué d'un tiers; dans deux de ces cas, il était ridé et comme flétri; dans un cas, il offrait un volume à peu près normal, et dans le cinquième, il était trop volumineux pour un sujet phthisique. Dans les cinq cas dont il s'agit, il existait un épaississement plus ou moins considérable des valvules auriculo-ventriculaires. Dans un de ces cas, une plaque laiteuse ou fibreuse existait sur le péricarde de la face postérieure du cœur, et dans un autre, une petite masse hydatique adhérait au péricarde qui revêt la face antérieure du même organe. En faisant abstraction du cas dans lequel existait une lésion des valvules probablement consécutive à une endocardite rhumatismale, il nous reste douze cas de phthisie ou mieux de tuberculisation pulmonaire parmi lesquels il s'en trouve six ou la moitié, dans lesquels on rencontrait une coïncidence des *suites* d'endocardite ou d'endo-péricardite avec cette tuberculisation. Or, comme cette tuberculisation elle-même est un résultat d'un travail inflammatoire sourd, lent, et que d'ailleurs, dans tous les cas, on trouve des adhérences de la plèvre et une induration ou hépatisation chronique du poumon, il s'ensuit que ces nouveaux faits confirment cette remarquable loi de coïncidence que nous avons dit exister entre les phlegmasies des tissus séro-fibreux du cœur et les phlegmasies de la plèvre et du poumon (1).

N° 11. — Hypertrophie du cœur et épaississement des valvules, lésion qui paraît avoir été la suite d'un rhumatisme articulaire antérieur à la phthisie; par conséquent, ce cas doit être retranché du nombre de ceux dans lesquels des lésions du cœur ont dû être ralliées à celles qu'on trouve dans la plèvre et les poumons des phthisiques.

N° 12. — Signes d'une induration valvulaire consécutive à une endocardite.

N° 13. — Rien de notable au cœur.

(1) Des faits presque journaliers continuent à me démontrer la coïn-

C'est une chose assez singulière que les lésions de l'endocarde et des valvules sur lesquelles il se réfléchit, aient complétement échappé à l'attention de M. Louis. Il n'en dit absolument rien dans l'article où il s'est occupé des lésions que présente le cœur chez les phthisiques.

La diminution du volume du cœur ou l'atrophie de cet organe n'a été notée que chez trois des neuf sujets qui ont succombé. Cette atrophie serait constante, je crois, si dans quelques cas l'inflammation qui s'empare de l'endocarde et du péricarde, mais surtout de la première de ces membranes, n'était suivie d'une hypertrophie de l'organe. C'est ce qui nous a fait dire, en parlant du cœur de la femme qui fait le sujet de notre première observation, que cet organe était trop volumineux pour une phthisique. Ainsi donc, l'atrophie du cœur reconnaît pour une de ses prin-

cidence dont il s'agit, et, circonstance digne de remarque, c'est que, chez les individus qui présentent, à l'ouverture des cadavres, la coïncidence dont il s'agit, ordinairement le cœur gauche offre les traces de cette coïncidence quand l'inflammation de la plèvre ou du poumon a régné de ce côté, tandis que le cœur droit est le siége de ces mêmes traces quand la pleurésie ou la pneumonie a occupé le côté droit. Toutefois, il est des cas où des traces d'une péricardite ou d'une endocardite existent dans les deux moitiés du cœur, bien que la pleurésie ait été unilatérale, et j'ajoute que l'endocardite et la péricardite accompagnent plus fréquemment la pleurésie gauche que la pleurésie droite.

Enfin, depuis que j'ai fixé mon attention sur la coïncidence de certaines phlegmasies les unes avec les autres, et sur la tendance qu'ont les violentes inflammations à se propager, j'ai trouvé pour ainsi dire la clef de ces adhérences du foie et de la rate, de ces plaques fibreuses et autres altérations de même origine qu'il n'est pas rare de rencontrer chez un assez bon nombre d'individus qui présentent en même temps des traces de pleurésie ancienne. Il est maintenant bien certain pour moi que les grandes phlegmasies de la plèvre et du poumon gauche se propagent quelquefois aux enveloppes de la rate, et que celles de la plèvre et du poumon droit se propagent au foie, comme elles se communiquent aux enveloppes du cœur. (Voyez aussi ce que nous avons dit aux chapitres de la pleuropneumonie et de la pleurésie.)

cipales causes la phthisie pulmonaire, et cette maladie l'entraîne à sa suite au même titre que l'émaciation ou l'atrophie des autres organes en général. On peut donc dire de l'atrophie du cœur chez les phthisiques, qu'elle a lieu parce que la phthisie a existé, tandis que, dans les cas où elle fait défaut et dans ceux surtout où le cœur est hypertrophié, ce résultat a eu lieu non pas parce que les sujets étaient atteints de phthisie, mais *quoiqu'ils* en fussent atteints (1).

(1) Déjà, en 1824, dans le *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, que je composai en commun avec M. Bertin, je plaçai la phthisie pulmonaire au premier rang des maladies qui amènent à leur suite l'atrophie du cœur, et j'ai professé la même opinion dans le *Traité clinique des maladies du cœur*, que j'ai publié en 1835. Tout lecteur qui voudra s'en assurer n'a qu'à parcourir l'article ATROPHIE DU CŒUR des deux traités que je viens de citer. Par quel étrange motif deux élèves de M. Louis me reprochent-ils donc d'avoir avancé que la phthisie produisait l'hypertrophie du cœur? L'un de ces messieurs, il est vrai, dit que, dans mon dernier traité, j'ai reconnu l'impuissance de cette cause d'hypertrophie. Or, encore une fois, dans ce traité, je n'ai nullement parlé de l'impuissance de la phthisie comme cause d'hypertrophie du cœur, mais je l'ai très expressément et très explicitement placée (la phthisie) parmi les causes de l'atrophie de cet organe. Je dois des remerciements à la *Lancette française*, pour avoir bien voulu, à mon insu, relever l'erreur *commise* par les collaborateurs de la *Presse médicale*, lesquels, non contents de s'être ainsi trompés, m'accusent poliment, à cette occasion, d'avoir *altéré sciemment leurs expressions*. C'est au lecteur impartial que je laisse le soin de décider maintenant qui de ces messieurs ou de moi mérite une telle accusation.

CHAPITRE IV.

Endocardite et péricardite chroniques ; lésions organiques qui en sont la suite.

Considérations préliminaires.

L'histoire de l'endocardite et de la péricardite chroniques (mais surtout l'histoire de la première de ces maladies) se rattache par la plus intime des connexions à celle des maladies décrites par Corvisart et les disciples de son école sous le nom d'*affections organiques du cœur*, lesquelles, encore aujourd'hui, sont assez généralement désignées *in globo*, sous le nom vague et banal d'*anévrisme du cœur* par les uns, sous celui non moins vague et non moins banal d'*hypertrophie du cœur* par les autres, comme si la dilatation des cavités ou l'hypertrophie des parois musculaires de cet organe constituaient l'élément unique ou même l'élément radical et fondamental de ces affections (1)!

(1) La doctrine que nous professons est conforme à celle enseignée par M. le professeur Andral, dans sa *Clinique médicale* : « Un certain nombre d'hypertrophies des parois du cœur, dit-il, nous semblent reconnaître pour point de départ une inflammation aiguë ou chronique, soit du péricarde, soit de la membrane interne du cœur, soit enfin de l'aorte.» Et un peu plus loin : «Ainsi donc, un grand nombre de rétrécissements des différents orifices du cœur, produits, soit par des végétations qui recouvrent la membrane interne, soit par des concrétions cartilagineuses ou osseuses qui la soulèvent, reconnaissent pour point de départ une inflammation aiguë ou chronique de la membrane qui tapisse les cavités du cœur. » Quant à ce qui concerne l'influence de l'inflammation de la membaane interne du cœur sur les végétations, les transformations cartilagineuses des valvules, les rétrécissements des orifices, etc., je l'avais longuement signalée dans le

Je ne reviendrai pas sur l'analyse à laquelle j'ai soumis ces diverses affections dans le *Traité clinique des maladies du cœur.* Je rappellerai seulement ici ce que j'ai dit tant de fois, savoir, que pour être des suites ou des accidents d'une endocardite, une foule de lésions qu'on rencontre dans le cœur n'en sont pas moins des états morbides spéciaux. Ces états morbides, tels que les transformations fibro-cartilagineuses, crétacées, les végétations des valvules avec ou sans insuffisance, avec ou sans rétrécissement notable des orifices, avec ou sans adhérences, la dilatation, l'hypertrophie du cœur, persistent lorsque l'endocardite a disparu, lui *survivent* en quelque sorte, et se jouant de tous les moyens de l'art, conduisent à une mort inévitable, au milieu des angoisses d'une éternelle dyspnée, les malheureux qui en sont affectés : *Hæret lateri lethalis arundo.* Quelque importance que la saine observation nous oblige d'attacher à l'élément inflammatoire, à Dieu ne plaise, comme nous l'avons si souvent répété, que nous en négligions systématiquement aucun autre, de quelque nature qu'il puisse être !

Si les lésions organiques du cœur, que j'ai considérées dans ce chapitre comme étant les caractères anatomiques et les conséquences réelles d'une endocardite ou d'une péricardite chroniques, constituaient, en effet, des lésions indépendantes des maladies que je viens de nommer, il ne faudrait rien moins que nier l'existence de ces maladies; car je défie de leur assigner d'autres caractères essentiels. Il

premier *Traité des maladies du cœur*, publié en 1824, époque antérieure à celle où parut le volume de la *Clinique* de M. Andral, consacré aux maladies du cœur, et l'on sait que M. Laënnec a vivement attaqué mon opinion à cet égard. Mais M. Andral est, à ma connaissance, le premier observateur qui ait insisté sur les rapports qui existent entre certaines hypertrophies du cœur et l'inflammation de la membrane interne de cet organe; et c'est avec une grande satisfaction que je lui rends cette justice.

est bien entendu que je ne parle ici que des lésions du péricarde, de l'endocarde et des valvules, telles que je les ai indiquées un peu plus haut, et non des lésions de la substance musculaire elle-même, qui ne se rattachent à celles des enveloppes interne et externe que d'une manière moins directe et moins nécessaire. Et de même, par exemple, que l'hypertrophie de la tunique musculeuse de la vessie et de l'estomac est très fréquente dans les phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse de ces deux viscères, sans être pour cela considérée comme un des caractères anatomiques des phlegmasies de la membrane indiquée; ainsi, l'hypertrophie du tissu charnu, de la *tunique musculeuse* du cœur n'est point le caractère anatomique de l'endocardite, mais seulement un effet de la réaction de cette phlegmasie sur le tissu musculaire voisin, réaction dont ce n'est pas ici le lieu d'étudier le mécanisme.

Cela posé, nous allons rapporter, dans la première section de ce chapitre, les observations des *lésions organiques du cœur* qui nous ont paru reconnaître pour origine une endocardite, une péricardite ou une endo-péricardite.

Nous diviserons ces observations en deux groupes : dans le premier seront placés les cas terminés par la mort, et dont le diagnostic a été par conséquent soumis à l'épreuve de l'autopsie cadavérique; le second groupe comprendra les cas relatifs aux malades qui n'ont pas succombé.

Je rapporterai les observations du premier groupe, avec tous les détails que nous avons recueillis sur le registre de notre clinique, afin que le lecteur puisse bien confronter les symptômes avec les altérations organiques. Quant aux observations du second groupe, comme le diagnostic n'a pu être vérifié par l'ouverture du cadavre, je n'en consignerai ici qu'un abrégé.

Dans la seconde section de ce chapitre, j'examinerai si nos observations confirment la *loi de coïncidence* de l'endocardite et de la péricardite avec l'arthrite rhumatismale

généralisée, d'une part, et avec la pleurésie et la pleuro-pneumonie, d'autre part, loi que j'ai essayé de formuler dans le *Traité clinique des maladies du cœur* et dans les *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu.*

Entrer dans tous les développements que comporterait l'analyse complète de nos observations, ce serait répéter ce que j'ai exposé dans le *traité clinique des maladies du cœur,* et telle n'est pas assurément mon intention.

PREMIÈRE SECTION.

Relation de 20 observations d'endocardite et de péricardite chroniques suivies de diverses lésions organiques du cœur.

PREMIER GROUPE.

Cas terminés par la mort — Ils sont au nombre de 3

OBSERVATION I.

Saile des hommes, n. 22. — Le nommé Ainfray, âgé de 22 ans, garçon restaurateur, rue Notre-Dame-des-Victoires, 18, né à Paris; malade depuis 6 à 8 ans; entré le 25 mai 1836, mort le 17 juin 1836.

Diagnostic. — LÉSION ORGANIQUE DES VALVULES DU CŒUR, *suite d'endopéricardite rhumatismale grand nombre d'attaques de rhumatisme articulaire dont la premiere retint le malade au lit pendant deux mois. Enorme hypertrophie du cœur (16 à 20 onces). Plus tard, pneumonie disséminée.*

D'une constitution lymphatique, peau fine, pâle, cheveux châtains, poitrine étroite.

Il y a huit ans, ce jeune homme fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu pour lequel il resta alité pendant deux mois. Ce rhumatisme occupa les diverses articula-

tions des membres supérieurs et inférieurs. Pendant son cours, il survint une épistaxis très considérable. Le malade fut saigné une fois et on lui appliqua vingt-quatre sangsues.

Au bout de deux mois, le malade ne pouvait encore s'habiller seul : il prit alors des bains de vapeur qui le soulagèrent; mais depuis cette maladie il ne s'est jamais complétement bien porté et il éprouva des palpitations, des étouffements qui augmentèrent beaucoup deux ans environ après la maladie ci-dessus indiquée.

Depuis les six dernières années, il a essuyé, chaque année, plusieurs nouvelles attaques de rhumatisme articulaire qui ne furent combattues que par le repos, des bains et des cataplasmes.

Il y a quatre ans, il fut admis à l'hôpital de la Pitié pour ses *battements de cœur.* On lui fit une saignée et il y prit des médicaments dont il ne peut indiquer la composition ni le nom. Au bout de six semaines, il sortit un peu soulagé.

Depuis trois à quatre jours il s'est manifesté de la douleur et du gonflement aux genoux et le malade est entré à la clinique de la Charité.

A la visite du 16, voici quel était l'état du malade.

Voussure évidente de la région précordiale dont la matité est de 4 pouces 6 lignes verticalement et 4 pouces 7 lignes transversalement; frémissement vibratoire léger, profond, dans la région des cavités gauches; on remarque que les rameaux veineux de la région du sein gauche sont très sensiblement plus développés que ceux de la région du sein droit; la pointe du cœur soulève fortement le cinquième espace intercostal qui est manifestement élargi; les deux bruits du cœur sont remplacés par un double bruit de frottement imitant le bruit de râpe sec, ayant son maximum d'intensité dans la région des cavités gauches; et par intervalles, au deuxième temps des mouvements du cœur, on distingue un bruit de claquement sec, *parcheminé;* vers

la pointe du cœur, le bruit de frottement isochrone à la systole tend à devenir sibilant; le double bruit de frottement se propage dans tous les environs de la région précordiale, et on l'entend assez distinctement jusqu'à la partie postérieure du thorax; il me semble que le frottement s'opère à la fois et à la surface du péricarde et surtout aux orifices gauches du cœur.

Pouls tendu, vibrant, régulier, à 88 ; palpitations et étouffement quand le malade marche, surtout en montant; point d'œdème; légère teinte violacée du visage et particulièrement des lèvres.

Bonne résonnance dans les deux côtés de la poitrine; le murmure vésiculaire est accompagné d'un léger râle crépitant, fin, sec, à la partie inférieure de la région postérieure de la poitrine; vingt inspirations par minute.

Peau sèche, d'une chaleur modérée, température abdominale à 33° ; rien de notable du côté du ventre : le foie ne déborde pas notablement le rebord cartilagineux des côtes; point de céphalalgie; sommeil assez calme. (*Saignée 3 pal.*; *till. orang. sir. gom.*; *pot. gom. poudre digit. gr.* 6; *lav. émoll.*; 3 *bouill.*; 1 *crème de riz.*)

27. — Peu de changement.

Sang de la saignée : —Sérosité limpide, abondante, d'un jaune verdâtre; caillot de consistance moyenne, recouvert d'une couenne mince, facile à déchirer. (1/8 *d'alim.*; *une demi-tasse de vin.*)

28. — A cinq heures du matin, épistaxis d'environ deux onces; le pouls continue à être vibrant.

29. — Entre le sternum et le sein droit, on entend au second temps un claquement assez clair; persistance du bruit de frottement râpeux dans la région des cavités gauches. (*Le quart d'aliments.*)

30 et 31. — Douleur dans l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche; épistaxis; pouls à 96-100,

fort, dur, accompagné d'un léger frémissement vibratoire. (*La dose de la digit. est portée à gr.* 8.)

2 *juin.* — La douleur du pouce persiste. (*Catapl.*; *la dose de la digit. est portée à gr.* 10.)

3, 4, 5, et 6. — A droite, le claquement du second bruit est absorbé par le bruit de frottement; à gauche, au contraire, en s'élevant vers la clavicule, le claquement du second bruit se dégage du bruit de frottement; le pouls est vibrant, et vient frapper le doigt à l'instar d'une corde tendue; il paraît un peu plus développé à droite qu'à gauche.

Du 6 au 11. — Approchée des artères d'un moyen calibre, telles que la radiale, la tibiale antérieure, l'oreille entend un bruit qui ressemble plus à un bruit de choc qu'à un bruit de frottement. (*Vésicat. sur la rég. du cœur et pansement avec digit. gr.* 6; *pot. gom. digit. gr.* 6.)

13. — Fièvre; pouls à 110, toujours fort et vibrant; deux à trois crachats visqueux, mêlés de sang; dyspnée sans *point de côté*, accompagnée d'une forte dilatation des ailes du nez pendant l'inspiration; peu de résonnance dans les 2/5 inférieurs de la région postérieure et externe du côté droit avec beau râle crépitant; même râle en arrière à gauche, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas, où il est très fort.

On *diagnostique* un engorgement pneumonique *intercurrent.* (*Saignée* 3 *pal.*; *continuer la digit. sur le vésicat.*; *diète.*)

14. — *Sang de la saignée* : — Le caillot, en forme de champignon, est recouvert d'une couenne épaisse et ferme.

Pouls à 104, accompagné d'un frémissement vibratoire distinct; la résonnance est meilleure en arrière; on y entend encore quelques bulles de râle crépitant sec; crachats peu abondants, spumeux. (*Vésicat. volant sur la région postérieure du thorax; le reste idem, moins la saignée.*)

15. — Le bruit de frottement de la région du cœur tend

à devenir sibilant, surtout pendant la systole (on l'entend même à la partie postérieure de la poitrine).

Pouls à 116, toujours accompagné d'un frémissement vibratoire bien distinct; persistance de la dyspnée avec dilatation des ailes du nez (1); crachats séro-muqueux. (1 *tasse de bouill. et de lait coupé*; *le reste idem.*)

16. — Pouls à 112; point d'œdème, ni de gonflement des veines jugulaires. (*Pot. diac.*; *bouill.*; *pot.*; *lait.*; *asperges.*)

17 *au matin.* — Pouls à 92; moins de chaleur à la peau et moins de dyspnée.

Dans la journée (de 4 à 5 heures de l'après-midi), le malade s'est plaint que la respiration lui manquait; il était pâle et pouvait à peine parler; ses jambes s'étaient refroidies; il s'est levé seul pour se mettre sur le bassin, et quelques minutes après, il est tombé en avant. On l'a replacé dans son lit; son corps s'est refroidi; son pouls est devenu faible, filiforme, et bientôt insensible, ainsi que les battements du cœur; quelques inspirations ont encore eu lieu sous l'influence de la pression mécanique et alternative de l'abdomen et des parois thoraciques. On ouvre la veine jugulaire, mais elle fournit à peine quelques gouttes de sang, et le malade a complétement cessé de vivre... On a noté qu'il était dans un état de demi-érection.

Autopsie cadavérique, 17 *heures après la mort.*

1° *Habitude extér.* — Pâleur du cadavre, point d'infiltration séreuse.

2° *Org. circulat. et respirat.* — Encore enveloppé dans le péricarde, le cœur occupe presque toute la partie anté-

(1) En arrière et en bas, vers la région du rachis, existent deux saillies ou voussures très prononcées des parois thoraciques; la résonnance, à la percussion, y est assez forte, et nous soupçonnons une complication d'emphysème du poumon.

rieure du côté gauche de la poitrine et a refoulé le poumon correspondant, dont une lame mince le recouvre vers son bord externe. L'étendue de la base à la pointe du cœur est de 6 pouces, et du bord gauche au bord droit, de 5 pouces. Le péricarde n'a contracté aucune adhérence avec la plèvre pulmonaire. Après avoir incisé le péricarde, on aperçoit, surtout à un pouce au-dessus de la pointe du cœur, des adhérences d'ancienne date, et là existe une plaque fibreuse qui rend rugueuse, inégale, et comme raboteuse, la surface du cœur qu'elle tapisse ; en tirant vers la base du cœur, les adhérences sont extrêmement fortes et serrées ; il n'en existe pas à la face postérieure de l'organe. Le cœur offre un volume égal à celui d'un cœur de veau; son hypertrophie est générale; ses cavités sont gorgées de caillots sanguins, les uns récents, les autres plus anciens (dans les cavités droites, par exemple, il en est un ferme, blanc, tout-à-fait analogue à de la chair lavée, et assez adhérent pour n'avoir pas été détaché par des lavages réitérés.)

Le ventricule droit, bien que notablement hypertrophié, sans dilatation bien marquée de sa cavité, semble n'être qu'une sorte d'appendice du gauche, tant celui-ci est énormément hypertrophié; la membrane interne des cavités droites est blanche, et la valvule tricuspide bien conformée. A la partie moyenne du ventricule droit, ses parois ont 4 lignes 1/2 d'épaisseur.

Après avoir fendu l'aorte à son origine, on y aperçoit, ainsi que sur ses valvules, des végétations analogues aux végétations dites vénériennes. Ainsi hérissées, et comme surchargées d'une forêt de productions verruqueuses ou de *poireaux*, les valvules aortiques offrent une surface inégale et raboteuse; elles sont d'ailleurs d'une consistance fibro-cartilagineuse, et ont quadruplé d'épaisseur; malgré cette altération, les valvules ont conservé leur forme, leur mobilité, et elles ferment hermétiquement l'orifice aortique, de telle sorte que l'eau versée dans l'aorte ne pénètre point

dans le ventricule gauche. Vers l'orifice aortique, la membrane interne de ce ventricule est épaissie, fibreuse, nacrée, et en quelque sorte semblable à la dure-mère, ce qui tient à la présence d'une plaque accidentelle semblable à celle du péricarde; au-dessous de cette plaque fibreuse, l'endocarde paraît lui-même un peu épaissi; même épaississement dans le voisinage de la valvule mitrale, dont les deux lames sont aussi fortement hypertrophiées; celle de ces lames qui regarde les valvules aortiques est, comme ces dernières, parsemée de végétations confluentes, qui en rendent la surface inégale et raboteuse; les tendons de cette valvule sont épaissis, et la transformation fibro-cartilagineuse a envahi une partie des colonnes charnues dont naissent ces tendons.

L'orifice aortique est un peu rétréci, surtout eu égard à la dilatation du ventricule gauche (il reçoit cependant assez facilement le doigt). A son origine, l'aorte présente une teinte rosée, et partout ailleurs une blancheur parfaite.

La cavité du ventricule gauche est agrandie au point de pouvoir contenir un gros œuf de poule; ses parois ont 8 à 9 lignes d'épaisseur à la base, et 5 lignes à la pointe.

Vidé et bien lavé, le cœur pèse 652 grammes, c'est-à-dire environ 20 onces, ainsi qu'on l'avait indiqué sur la feuille du diagnostic. La substance musculaire du cœur est rosée, vermeille, même dans les cavités droites.

Refoulé et comme aplati par le développement énorme du cœur, le poumon gauche est presque réduit à la moitié de son volume ordinaire. Il est engorgé à sa partie postérieure, où l'on observe plusieurs saillies sous forme de bulles, et dues à une dilatation ou à un *emphysème* des vésicules pulmonaires de cette région.

Le poumon droit, en arrière et dans ses scissures, présente des adhérences anciennes, cellulo-fibreuses; en arrière aussi, on observe des bulles plus nombreuses encore que celles du poumon gauche; la base est partout rouge et dans un

état de *splénisation*; elle se déchire facilement et sans crépitation.

3° *Org. digest. et annex.* — D'un volume presque double de l'état normal, la rate, à sa face externe, présente des adhérences cellulo-fibreuses; sa membrane capsulaire est généralement épaissie. En incisant le sommet de cet organe, on y trouve un foyer de matière friable, analogue à de la fibrine altérée, ou à du pus concret, tuberculeux.

Le foie est un peu hypertrophié, médiocrement gorgé de sang et d'une assez bonne consistance.

La membrane muqueuse de l'estomac est fortement injectée, surtout dans la région du grand cul-de-sac; vers la partie moyenne de l'organe, elle forme des duplicatures imitant, jusqu'à un certain point, les circonvolutions cérébrales; elle n'est pas notablement ramollie.

4° *Org. de l'innerv.* — En arrière, ou vers la partie la plus déclive, le cerveau offre quelques rougeurs; sa surface est humide de sérosité. Le cervelet est également arrosé d'une assez grande quantité de sérosité; d'ailleurs, la substance de ces deux centres nerveux n'est pas altérée.

Réflexions.

Essayons de confronter maintenant les principaux phénomènes décrits dans le cours de cette observation avec les altérations que le cœur a présentées, et qui avaient été diagnostiquées avec une assez grande précision.

Le double bruit de râpe de la région précordiale s'explique, d'une part, par le frottement de la colonne sanguine contre les valvules aortiques chargées de végétations, et d'autre part par le frottement de la colonne sanguine contre la valvule bicuspide. Le frottement péricardique se confondait en partie avec celui dont il vient d'être parlé; il est digne de remarque cependant, que le maximum d'intensité du bruit de frottement répondait vers la pointe du cœur, là où existait

une plaque cellulo-fibreuse saillante à la surface de cet organe.

Le claquement sec, parcheminé, que l'on entendait vers la région de l'orifice de l'aorte, pendant la diastole, était dû à l'abaissement brusque des valvules aortiques, lesquelles, comme nous l'avons vu, suffisaient à l'occlusion de l'orifice. Ce claquement était absorbé par le bruit de frottement de la région précordiale; mais en s'éloignant de cette région, et en remontant vers la partie moyenne et supérieure du sternum, il se dégageait, en quelque sorte, peu à peu, du râpement auquel il était isochrone, et pouvait distinctement être entendu.

La force et la vibrance du pouls, l'augmentation du bruit normal des artères, les épistaxis, s'expliquent par l'énorme hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche. Quant au bruissement ou au frémissement vibratoire, que l'on sentait très distinctement en tâtant le pouls, il est difficile de ne pas en reconnaître la cause dans ces végétations confluentes, dont les valvules aortiques étaient hérissées; en effet, brisée, en quelque sorte, et mise en vibration par le frottement dont elles étaient la source, la colonne sanguine transportait jusque dans les radiales l'ébranlement intestin qu'elle avait éprouvé en traversant l'orifice aortique, devenu *raboteux*.

On n'a point observé, chez ce malade, les congestions séreuses, la lividité foncée de la face, les turgescences veineuses qui ont lieu dans d'autres cas de lésions organiques du cœur et surtout des valvules. La raison en est que, chez ce malade, les valvules, malgré les graves lésions dont elles étaient le siége, avaient néanmoins conservé leur forme et leur mobilité, et que les orifices livraient un assez libre passage à la colonne sanguine.

Il y a, dans les derniers accidents qui ont terminé la vie du sujet, quelque chose qu'il serait, sans doute, difficile d'expliquer. Toutefois, il est probable que quelques unes

des concrétions sanguines rencontrées dans le cœur, n'ont pas été tout-à-fait étrangères à ces accidents.

OBSERVATION II

Salle des hommes, n. 15. — Le nommé Gérard, âgé de 41 ans, teinturier, demeurant quai Bourbon, 29, né à Mirecourt (Vosges); malade depuis plusieurs années; entré le 28 avril 1836, mort le 23 mai 1836.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES GAUCHES ET HYPERTROPHIE CONSIDÉRABLE DU CŒUR; *lésions consécutives à une endocardite chez un individu atteint à différentes reprises de fluxion de poitrine.*

Catarrhe pulmonaire chronique et emphysème du poumon.

Le sujet de cette observation fut admis à l'hôpital pour une pleuro-pneumonie datant de six jours, maladie qui céda assez promptement aux saignées coup sur coup, et dont il était entièrement débarrassé le 11 mai (il mangeait alors le demi-quart). Cette pleuro-preumonie a été décrite dans notre second volume (obs. VII du chap. VI). A partir du 11 mai, il ne resta que les signes et les accidents propres au catarrhe chonique et la *maladie chronique-organique* du cœur avec emphysème, et le malade succomba le 23 mai à six heures du soir. Rappelons ici les signes principaux de la maladie *chronique-organique* du cœur.

Matité de la région précordiale : 4 pouces verticalement, 4 pouces 3 lignes transversalement; peu de saillie de la région indiquée; battements du cœur tumultueux, superficiels; bruits du cœur fortement parcheminés, accompagnés d'un frottement âpre, dur, et d'un tintement auriculo-métallique (1); pouls à 96, irrégulier, intermittent, composé de pulsations de force inégale; veines jugulaires gonflées, offrant un double mouvement de *flux et de reflux*, dû aux

(1) Le 15 mai, huit jours avant la mort, on constate une dernière fois un bruit de frottement très âpre dans la région du cœur, et la persistance des autres phénomènes ci-dessus notés.

mouvements de la respiration d'une part, et aux mouvements du cœur d'autre part.

(Je renvoie au tome II de cet ouvrage, obs. VII du chap. VI, pour les signes du catarrhe et de l'emphysème.)

Autopsie cadavérique, 16 *heures après la mort.*

1o *Organes circulat. et respirat.*—Le cœur, encore enveloppé dans le péricarde, présente 4 à 5 pouces d'étendue longitudinalement et transversalement. Le péricarde adhère de toute part avec la plèvre voisine, au moyen d'un tissu cellulo-fibreux de date très ancienne. La pointe du cœur adhère à la partie correspondante du diaphragme par un tissu fibreux, en partie incrusté de plaques calcaires; une plaque de même nature, de 2 lignes de longueur sur 1 ligne 1/2 de largeur, existe à la face antérieure de l'oreillette droite. Percuté dans les points où se trouvent les productions calcaires indiquées, *le cœur résonne comme un cornet destiné au jeu de dés.* Les cavités du cœur, surtout les droites, ainsi que les veines caves à leur insertion dans l'oreillette droite, sont gorgées de caillots de sang, volumineux, noirs, récents. Vidé de ses caillots et bien lavé, le cœur conserve un volume double de l'état normal, et il pèse 612 grammes. La membrane interne du ventricule droit présente une teinte opaline. La cavité de ce ventricule est d'un bon tiers plus grande qu'à l'état normal. L'orifice auriculo-ventriculaire droit a 6 pouces de circonférence, tandis que l'orifice de l'artère pulmonaire n'en a que 3 1/2. A la valvule tricuspide, se trouve suspendue une concrétion fibrineuse, du volume d'une grosse amande, découpée en crête de dindon, élastique comme du gluten, partout adhérente à la valvule, au moyen d'un tissu cellulaire bien organisé. Cette valvule, d'une teinte laiteuse, est épaissie et parsemée ou comme *hérissée* de petites végétations un peu *cornées.* Les colonnes charnues du ventricule droit sont fortement

hypertrophiées. Les valvules de l'artère pulmonaire sont bien conformées, légèrement épaissies, un peu rougeâtres.

La cavité du ventricule gauche est d'un bon quart plus grande qu'à l'état normal, et les parois de ce ventricule ont une épaisseur de 6 à 7 lignes environ ; l'oreillette gauche est dilatée sans notable épaississement de ses parois; l'orifice auro-ventriculaire gauche a 4 pouces 1/2 de circonférence ; la membrane interne des cavités gauches présente une légère teinte opaline; la valvule bicuspide offre une surface généralement inégale, mais surtout à sa face auriculaire; elle est fortement épaissie à son bord libre, où l'on trouve quelques végétations dures, fibro-cartilagineuses. L'orifice aortique et ses valvules ne présentent aucune altération notable.

La substance musculaire du cœur, d'une assez bonne consistance, offre une couleur d'un rouge brique.

Dans le côté gauche de la poitrine, existe une fausse membrane fibro-cartilagineuse, qui fut prise au premier abord pour la paroi osseuse de ce côté; un rétrécissement considérable de la poitrine coïncide avec la présence de cette production accidentelle, et le poumon correspondant, atrophié, forme une sorte de moignon qui contient à peine quelques bulles d'air, et qui offre au plus le quart du volume du poumon droit. Celui-ci, plus volumineux qu'à l'état normal, est emphysémateux, surtout au sommet, qui, quand on le presse, donne la sensation d'une poche remplie d'air ou celle de la *ouate de coton*. Des adhérences bien organisées existent dans tout ce côté, et elles ont effacé les scissures interlobaires; en arrière et en bas, là où siégeait la pleuro-pneumonie, le poumon, adhérent à la plèvre pariétale, est crépitant, à peine congestionné, sain.

2° *Organes digestifs et annexes.* — Vus à l'extérieur, l'estomac et la masse intestinale ne présentent aucune lésion notable.

Le foie, globuleux, arrondi, est parsemé à sa surface de granulations analogues à des grains de millet, ou bien encore

à ces granulations qu'on produit par l'application de l'huile de croton-tiglium sur la peau; la membrane séreuse, qui est le siége de ses granulations, est d'une teinte opaline. Le tissu du foie est ferme, et l'élément rouge prédomine sur l'élément jaune (partout ailleurs que sur le foie le péritoine est sain).

Là où elle avoisine le diaphragme, la rate est recouverte d'une plaque fibro-cartilagineuse.

OBSERVATION III.

Salle des femmes, n. 12. — La nommée Mounier, âgée de 49 ans, couturière, demeurant rue Royale, 8, née à Paris; malade depuis 3 mois; entrée le 5 septembre 1835, morte le 22 octobre 1836.

Diagnostic. — ENDO-PÉRICARDITE RHUMATISMALE CHRONIQUE, *suivie d'épaississement des valvules gauches et du rétrécissement des orifices correspondants.*

Hypertrophie générale du cœur.

Mariée; d'une constitution de force moyenne.

Il y a trois mois, la malade fut prise d'un rhumatisme articulaire occupant l'épaule, le coude, la main, le genou et le pied gauches. Au bout de quatre jours, elle entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, service de M. Piorry, où elle resta trois mois. Le lendemain de son entrée, les douleurs des membres gauches disparurent *comme pour se porter vers les articulations des membres du côté droit.* (*Elle a eu un vésicatoire volant sur le coude et le pied droits;* 10 *sangsues à l'anus, et elle a pris des bains.*)

Elle attribue son rhumatisme à l'influence d'alternatives de chaud et de froid.

Après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, elle est restée dix jours chez elle sans rien faire, souffrant encore dans quelques articulations et se plaignant de palpitations. Rentrée à l'Hôtel-Dieu (service de M. Bailly), elle y est restée un mois pour ses palpitations; elle n'avait plus alors de douleurs rhumatismales. Elle a pris de la digitale en potion, en lavement et en pilules.

Après sa seconde sortie de l'Hôtel-Dieu, elle est restée cinq à six jours chez elle et est venue ensuite à la Charité (le 5 septembre 1835). Les deux derniers doigts de la main droite étaient contracturés, et ne pouvaient être étendus (cette contracture des doigts était survenue pendant le dernier séjour de la malade à l'Hôtel-Dieu); elle avait des palpitations très fortes, de l'essoufflement au moindre mouvement; la matité de la région précordiale occupait une surface beaucoup plus étendue qu'à l'état normal, et la main appliquée sur cette région sentait un frémissement vibratoire très distinct; un double bruit de soufflet, ou plutôt de râpe, masquait complétement le double claquement des cavités gauches, et s'entendait dans presque toute l'étendue de la poitrine; les veines jugulaires étaient gonflées; les douleurs rhumatismales avaient entièrement disparu.

Pendant plus d'un an que la malade est restée dans notre service, les signes indiqués plus haut ont été constatés presque chaque jour. Cependant, au bout de quelques mois, il survint une infiltration des membres inférieurs, une ascite, et malgré les moyens que nous employâmes, l'état de suffocation fit des progrès, en sorte que la malade expira le 22 octobre 1836. (*Une saignée le jour de l'entrée, les préparations de digitale, les boissons diurétiques, la paracentèse pratiquée quatre fois consécutives, un vésicatoire sur la région précordiale, tel fut le traitement mis en usage.*)

Autopsie cadavérique, 40 heures après la mort.

1° *Habit. extér.* — Infiltration générale des membres inférieurs. Face bouffie et violacée. Ventre distendu par de la sérosité. Lês articulations des genoux n'ont présenté aucune altération notable.

2° *Org. digest. et annex.* — Quatre à cinq litres de séro-

sité claire, jaune ou citrine, dans la cavité du péritoine (des filaments blanchâtres et albumineux nageaient dans le liquide); canal intestinal revenu sur lui-même; foie arrondi, s'avançant dans la région épigastrique, adhérent par sa face inférieure au colon transverse, présentant des fausses membranes blanchâtres à sa surface et un épaississement de sa membrane d'enveloppe; son tissu est un peu plus ferme et plus jaune que dans l'état normal.

Épaississement fibro-cartilagineux de la capsule de la rate. Rien de bien notable pour les reins, qui sont fermes et petits.

3° *Org. circul. et resp.* — Le cœur, gorgé de caillots, est d'un volume double de l'état normal; il est dirigé très obliquement de haut en bas, et de droite à gauche, touchant par sa face inférieure la face supérieure du foie dont le diaphragme seul le séparait; un demi-verre environ de sérosité citrine foncée dans le péricarde et deux à trois hydatides mobiles et pédiculées, adhérentes à la base de l'oreillette gauche.

Quelques plaques blanchâtres (trace d'ancienne péricardite) sur les deux feuillets du péricarde (surtout à gauche). Hypertrophié dans sa totalité, le cœur, nettoyé et dégagé du sang qu'il contenait, pèse 14 onces 7 gros; l'hypertrophie est accompagnée de la dilatation de toutes les cavités; épaississement fibreux sans insuffisance de la valvule tricuspide, et sans rétrécissement de l'orifice correspondant; léger épaississement des valvules sigmoïdes pulmonaires; épaississement et endurcissement fibro-cartilagineux des valvules sigmoïdes aortiques et de la valvule mitrale (leur épaisseur est au moins quintuplée), avec rétrécissement des deux orifices auxquels elles sont adaptées (ces deux orifices admettent à peine le bout du petit doigt). L'aorte ayant été fendue, on y verse de l'eau dont une partie pénètre dans le ventricule à travers la lumière lenticulaire que laissent entre elles les valvules aortiques rigides, tendino-cartilagi-

neuses, ratatinées; leur rigidité plutôt que leur insuffisance s'opposait à leur rapprochement complet après la mort; l'altération de la valvule mitrale s'étend à l'extrémité des colonnes charnues valvulaires; leurs tendons réunis, épaissis, forment une espèce de réseau à mailles d'étendue variable, et ils sont raccourcis au point que les extrémités des colonnes touchent presque aux lèvres de l'orifice : celui-ci représente une fente de 6 lignes de diamètre; ses lèvres sont polies, arrondies; du côté de l'oreillette, cet orifice présente un aspect semblable à celui du museau de tanche ou de l'orifice anal fortement plissé; épaississement de l'endocarde, surtout à gauche, dans toute l'oreillette et dans la portion du ventricule voisine de l'orifice aortique. La membrane interne de l'aorte et celle de l'artère pulmonaire sont blanches, tout-à-fait saines. — Le poumon droit est partout adhérent, et son tissu est friable, grenu, dans une sorte de semi-hépatisation. — Libre d'adhérences, le poumon gauche est souple et à peine engorgé dans quelques points. La membrane muqueuse des bronches offre une teinte d'un rouge violet.

OBSERVATION IV.

Salle des hommes, n. 21. — Le nommé Marly, âgé de 15 ans, tailleur, demeurant rue de Sartines, 1, né à Paris; malade depuis 6 ans; entré le 4 mai 1836, mort le 8 mai 1836.

Diagnostic. — ÉNORME HYPERTROPHIE GÉNÉRALE DU CŒUR, *avec épaississement et induration des valvules, surtout à gauche. (Coïncidence avec plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu.)*

Taille assez élevée; constitution grêle, lymphatique; peau blanche, fine et mince.

A l'âge de 9 ans, première atteinte de rhumatisme articulaire qui a duré six semaines. Le rhumatisme articulaire est revenu depuis tous les ans, et a duré à peu près six semaines. Les attaques ont généralement eu lieu vers le printemps; aucune n'a été combattue par les saignées. Depuis

lès premières attaques, mais surtout depuis les dernières, le malade est sujet aux palpitations, et sa respiration est si courte qu'il ne peut marcher sans être essoufflé. Il assure n'avoir jamais éprouvé de douleur dans la région précordiale.

Depuis six jours, nouvelle attaque de rhumatisme articulaire : douleur et gonflement du poignet droit et des deux genoux ; le malade dit avoir eu continuellement de la fièvre. (*Catapl. émoll.* ; *eau de chiendent et de chicorée.*)

Le malade est resté couché et a pris des aliments en petite quantité.

Le matin du jour où a commencé la maladie, il a travaillé jusqu'à onze heures comme à l'ordinaire, et il ne sait à quoi attribuer sa maladie.

4 mai soir. — Douleur, rougeur et gonflement des deux genoux (12 p. 5 l. de circonf. pour le genou gauche, 12 p. 6 l. pour le genou droit); jambes à demi fléchies, pouvant difficilement être étendues ; pouls à 112, assez fort et développé ; peau chaude et moite ; légère voussure de la région précordiale ; matité du cœur considérablement augmentée dans tous les sens; pointe du cœur se faisant sentir à 2 pouces au moins au-dessous du sein ; évidente dilatation des 4ᵉ, 5ᵉ et 6ᵉ espaces intercostaux; bruit de soufflet dans la région des cavités droites ; bruit de scie avec sifflement (bruit de piaulement) dans la région des cavités gauches, isochrone à la systole, et se faisant entendre très nettement en-dehors, en arrière et en bas du côté gauche de la poitrine ; le deuxième bruit est obscur et comme masqué par les bruits anormaux du premier temps; respiration à 20-24, gênée seulement lorsque le malade veut marcher un peu vite; respiration vésiculaire et sonoréité bonnes dans tout le côté droit de la poitrine, bonnes également à gauche, si ce n'est en bas, où existe une matité assez complète avec râle ronflant au-dessous de l'angle de l'omoplate de ce côté ; pas de mal à la tête, peu de sommeil la nuit; face

pâle et décolorée; lèvres sèches; langue chargée et blanchâtre au milieu, rouge à la pointe et aux bords. (20 *sangsues et catapl. à chaque genou.*)

5 *mai, à la première visite.* — Pâleur anémique, lèvres pâles, bleuâtres (les sangsues ont continué à couler depuis leur application jusqu'à ce matin); le genou gauche n'est plus douloureux, mais le droit l'est encore; la matité de la région du cœur est de 5 pouces transversalement et verticalement; la pointe du cœur bat à 4 pouces au-dessous du mamelon, et à un demi-pouce plus en dehors; appliquée sur la région précordiale, la main est repoussée dans toute son étendue par des mouvements forts, et éprouve une sensation de dureté, surtout dans la région du ventricule gauche; il existe un roucoulement ou piaulement musical isochrone à la systole, dans toute l'étendue de la région précordiale, sans qu'on puisse bien indiquer le point où se trouve son maximum d'intensité (il semble cependant plus aigu et plus superficiel vers le bord gauche du sternum); en s'éloignant de la région précordiale, il perd de sa force; cependant, on l'entend encore sous les clavicules (le piaulement se fait très bien entendre dans toute la partie postérieure du côté gauche); le deuxième bruit est à peu près imperceptible, comme si le bruit de piaulement avait remplacé les deux bruits; seulement en remontant vers la partie supérieure du sternum, on distingue un double claquement un peu sourd et étouffé, le premier coïncidant avec le bruit de piaulement; on ne sent point de frémissement vibratoire dans la région précordiale; pouls à 88 92; point de bruit de diable dans les carotides; les veines jugulaires ne sont pas gonflées; jamais les jambes n'ont été œdématiées, rien de bien notable aujourd'hui pour le murmure respiratoire; la rate et le foie ne débordent pas. (*Arrêter l'écoulement des piqûres de sangsues; pot. avec digit. gr. 6; viol. guim. sir. gomme; bouill. de poulet.*)

Le 6 mai. — Sommeil interrompu à plusieurs reprises;

genoux non douloureux; le système artériel en général est agité de secousses vibrantes, et le bruit qui accompagne ces pulsations est plus fort qu'à l'état normal. (*Même régime, plus 1 biscuit et eau rougie.*)

7. — Tendance au sommeil.

Persistance de l'état de pâleur.

8. — Le malade expire à quatre heures du matin.

Autopsie cadavérique, 30 heures après la mort.

1° *Habitude extérieure.* — Il n'y a pas de signes de décomposition, point d'infiltration des membres; les deux genoux sont dégonflés; la cavité articulaire du droit contient beaucoup de synovie (trois à quatre fois plus qu'à l'état normal, et deux fois plus au moins que la cavité articulaire du genou gauche) ; les franges adipeuses du genou droit offrent une rougeur et une injection très prononcées, et qui contrastent avec la blancheur des franges adipeuses du genou gauche et de toute la surface articulaire de ce même genou.

2° *Organ. circulat. et respirat.* — Le *cœur*, encore contenu dans le péricarde, offre six pouces d'étendue transversalement et quatre à cinq verticalement; le péricarde est abondamment injecté à l'extérieur; la pointe du cœur est tournée plus à gauche que dans l'état normal; la cavité du péricarde contient environ un quart de verre de sérosité claire (quelques légers flocons seulement à la partie la plus déclive) ; à la partie antérieure du cœur, trois ou quatre plaques blanches, nacrées; dans la région du ventricule droit et vers la pointe du cœur, épaississement du feuillet viscéral du péricarde avec des granulations friables, fibrineuses et jaunâtres dans l'étendue d'un à deux pouces carrés, qui rendent sa surface raboteuse, inégale; On aperçoit sur le feuillet opposé ou pariétal du péricarde des granulations semblables, molles, et qui devaient frotter

contre les précédentes ; à la base du cœur entre l'oreillette droite et l'aorte, on voit une masse hydatidiforme remplie d'un liquide un peu visqueux, transparent; on trouve quelques poches semblables dans la région postérieure de l'oreillette gauche.

Non débarrassé des caillots de sang qu'il contient, le cœur offre un volume à peu près triple du volume normal; débarrassé des énormes caillots qu'il contient dans ses cavités, et spécialement dans ses oreillettes (quelques uns des caillots sont de la grosseur d'un œuf et presque totalement formés de fibrine pure), le cœur pèse vingt onces, et son volume reste encore plus que double de l'état normal.

La cavité du ventricule droit est d'un bon tiers plus grande que dans l'état normal; les parois de ce ventricule ont de trois à quatre lignes d'épaisseur; l'oreillette droite est très dilatée et hypertrophiée ; la substance charnue est d'un rouge rose, vermeille et ferme.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit est dilaté en proportion de l'oreillette ; la valvule tricuspide est ratatinée et évidemment épaissie ; la surface de cette valvule est hérissée de granulations en choux-fleurs, grosses pour la plupart comme des grains de millet, et quelques uns des tendons de cette valvule ont triplé ou quadruplé d'épaisseur (réunis les uns contre les autres, ils forment des rubans fibreux ou fibro-cartilagineux).

Les valvules de l'artère pulmonaire ne présentent rien de remarquable, non plus que l'orifice. Point de rougeur à l'intérieur des cavités droites.

Le ventricule gauche est dilaté au point de contenir presque le poing du sujet ; ses colonnes sont généralement hypertrophiées; les deux colonnes de la valvule bicuspide ont doublé de grosseur, et le volume de leurs tendons a triplé ou quadruplé ; la valvule elle-même est épaissie dans la même proportion que les tendons, et, à l'insertion de ceux-ci, elle

est fibro-cartilagineuse; elle n'est pas d'ailleurs très altérée dans sa forme; l'épaississement de la valvule mitrale est partagé par les valvules de l'aorte. (Ces valvules ont au moins triplé d'épaisseur et sont d'ailleurs bien conformées.) L'orifice aortique, très petit par rapport à l'énorme dilatation du ventricule, offre une circonférence de 2 pouces 3 à 4 lignes; la surface interne du ventricule est d'une couleur opaline, surtout vers l'orifice aortique.

L'épaisseur des parois du ventricule gauche à sa base est de 7 à 8 lignes; la substance musculaire est d'un rouge plus prononcé que celle du ventricule droit, et d'une bonne consistance; vers la base, la face externe de la couche musculaire est recouverte d'une couche épaisse de tissu graisseux condensé; du côté de l'oreillette gauche, la base de la valvule bicuspide est rugueuse, ridée, épaissie, raboteuse, et l'on y aperçoit de nombreuses végétations verruqueuses, analogues à celles de la valvule tricuspide, grosses comme un grain de millet; la membrane de cette oreillette, dans toute son étendue, mais principalement dans le voisinage de la valvule, est notablement épaissie, *chagrinée*; on en détache des couches cellulo-fibreuses comme on enlève les plaques blanches du péricarde. Au-dessous de ces couches, le péricarde et l'endocarde offrent les caractères qu'ils présentent à l'état normal; l'oreillette gauche est d'ailleurs dilatée et hypertrophiée.

L'aorte ne présente aucune dilatation à son origine; sa membrane interne est blanche; les parois de cette artère sont élastiques; le bord libre des valvules de cette même artère est aussi recouvert de granulations verruqueuses.

Il y avait une petite quantité de sérosité claire dans la poitrine.

Le *poumon gauche*, comprimé par le cœur, refoulé, n'a guère que la moitié du volume du droit; il est peu crépitant, comme condensé; sa coloration est à peu près normale.

Le *poumon droit* est un peu dense, infiltré à sa partie postérieure; son sommet et son bord antérieur sont souples, moelleux, sains.

3° *Org. dig. et annex.* — Le *foie*, d'un bon tiers plus volumineux que dans l'état normal, est plus rouge, et contient plus de sang qu'à l'état sain; les granulations rouges masquent presque entièrement l'élément jaune.

La vésicule biliaire est distendue par une bile poisseuse, d'un jaune d'ambre; ses parois sont infiltrées au point d'avoir 4 à 5 lignes d'épaisseur en quelques points.

L'estomac, rétréci, étranglé à la partie moyenne, représente exactement un bissac.

OBSERVATION V.

Salle des hommes, n. 10. — Le nommé Petiton, âgé de 45 ans, journalier, demeurant à la Chapelle-Saint-Denis, né à Orthez (Basses-Pyrénées); malade depuis 4 ans: entré le 8 août 1836, mort le 10 septembre 1836.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT ET INDURATION DES VALVULES, *avec insuffisance et sans notable rétrécissement des orifices; hypertrophie générale et très considérable du cœur; hypertrophie générale du système artériel, avec plaques fibro-cartilagineuses ou calcaires à l'origine de l'aorte.*

Pneumonie intercurrente au 1er degré.

Marié; d'une constitution de force moyenne; maigre; à Paris depuis vingt-deux ans.

Il a été militaire pendant trois ans; il a joui d'une bonne santé jusqu'à la maladie actuelle (il a eu cependant autrefois des fièvres d'accès). Il y a quatre ans, il se plaignit de battements sur les parties latérales du cou augmentant par intervalles; deux ans plus tard, il s'est aperçu de palpitations du cœur, d'oppression et d'essoufflement en montant ou en faisant un exercice pénible; il n'a pas eu d'enflure des pieds ni du ventre.

Il ne sait à quoi attribuer positivement sa maladie; elle est due peut-être, dit-il, à des excès de travaux fatigants

et à des alternatives de chaud et de froid ; il n'a point eu de rhumatisme ; il ne rend, au reste, qu'un compte peu satisfaisant de ses antécédents.

Il a employé différents moyens (*bains, pilules, une saignée*), sans en éprouver d'amélioration notable.

Le 9 août à la visite. — Toutes les artères de l'extérieur du corps ont des pulsations visibles à l'œil et repoussent fortement le doigt ; le pouls des radiales est extraordinairement fort et vibrant ; ces artères sont plus grosses d'un tiers qu'à l'état normal, et leurs parois paraissent épaissies ; leurs pulsations sont accompagnées d'un bruit sec, semblable au bruit d'une forte chiquenaude et qui se transforme en un bruit de soufflet sibilant un peu enroué, en pressant un peu fortement l'oreille contre l'artère ; le bruit des artères crurales est plus fort encore que celui des radiales, et se transforme en bruit de souffle, mais moins sibilant, à une compression modérée ; frémissement vibratoire distinct à l'origine des artères carotides et des sous-clavières ; la main appliquée sur la région précordiale, est repoussée dans une large étendue par un cœur volumineux, et comme à l'étroit dans la région qu'il occupe ; la pointe de cet organe bat à 3 pouces au-dessous du mamelon ; saillie générale, peu sensible en élévation, dans toute la région précordiale, avec élargissement des cinquième, sixième et septième espaces intercostaux ; secousses fortes du cœur dans la région épigastrique ; matité de la région du cœur : verticalement, 4 pouces 4 lignes, et transversalement 4 pouces ; dans la région des cavités droites et principalement vers la pointe du sternum, double bruit de soufflet, imitant un peu le bruit de scie, le premier court, faible, le deuxième plus prolongé et plus fort ; dans la région des cavités gauches, double bruit de frottement plus sec et plus râpeux qu'à droite, imitant assez un double coup de lime donné sur du bois, à peu près égal dans les deux temps ; nulle part dans la région pré-

cordiale, on ne distingue de véritable claquement valvulaire, mais pendant la systole, un tintement auriculo-métallique se mêle au bruit de râpe; point de douleur dans la région du cœur, mais le malade y éprouve un sentiment de suffocation comme si quelque chose lui montait du cœur à la gorge; point de frémissement vibratoire notable dans la région précordiale; le large bruit de soufflet droit se propage dans tout le côté correspondant et est aussi distinct sous la clavicule droite que dans la région du cœur; le double bruit de lime des cavités gauches se propage aussi au loin et jusqu'à la partie postérieure du côté gauche; sur le trajet des carotides, on entend par propagation les bruits de frottement de la région précordiale mêlés aux bruits artériels, tels qu'ils ont été indiqués plus haut.

Les battements de l'aorte soulèvent la main, et concourent avec ceux du cœur au mouvement d'ébranlement que présente la région épigastrique. Le bruit de l'aorte abdominale est fort, âpre, et se transforme en bruit de soufflet très marqué à la pression.

Résonnance bonne dans les deux côtés de la poitrine; murmure respiratoire fort, presque puéril; la gêne de la respiration ne se fait sentir qu'en marchant ou pendant des exercices musculaires quelconques; pouls à 80, régulier, vibrant; chaleur modérée de la peau (température abdominale à 35°); point d'infiltration des membres inférieurs; état satisfaisant des fonctions digestives; sommeil assez bon; point de céphalalgie, ni d'épistaxis, ni d'étourdissements. (*Saignée de 3 palettes; tilleul orang. édulcoré; solut. sir. limon.; pot. gom. avec gr.* VI *de poudre de digit.; lav. émoll.*; 1/8 *d'aliments.*)

10 *août.* — Même état qu'hier.

Sang de la saignée : — Couenne mince et molle; le caillot de consistance normale. (*Vésicat. à la région du cœur et digitale gr.* VI *pour pansement.*)

11 — A gauche, le bruit de frottement de la systole est

plus prolongé, plus filé, et se rapproche du bruit de piaulement.

16 *août.*—Hier, le malade a vomi et a été agité; irrégularité et intermittence du pouls, dont la vibrance est forte au point de faire presque mal à la pulpe des doigts qui tâtent le pouls; en même temps toutes les artères battent distinctement deux fois coup sur coup, mais la seconde pulsation est beaucoup plus petite et plus faible que la première (*pouls redoublé*); chacune de ces pulsations est accompagnée d'un bruit dont l'intensité est proportionnelle à celle de la pulsation correspondante ; un intervalle de repos plus long qu'à l'ordinaire, succède à la seconde pulsation; le cœur bat également deux fois coup sur coup, et chacune de ses deux systoles est accompagnée d'un fort bruit de souffle ; un repos succède à la seconde systole, qui est la plus faible, et survient ensuite une diastole lente, prolongée, également accompagnée d'un souffle fort; de là trois bruits qui se succèdent de manière à imiter exactement le rhythme du bruit de rappel. —Le pouls reste à 88, comme si la rapidité avec laquelle se succèdent les deux pulsations, compensées par la longueur du repos, n'avait rien changé au nombre des pulsations artérielles (l'intervalle qui sépare le second bruit de systole du bruit de la diastole, est d'un bon tiers plus long que celui qui sépare les deux systoles); les deux pulsations coup sur coup des artères et du cœur sont sensibles à la vue comme à la main.

17 et 18. — Le pouls est régulier, mais toujours redoublé et bat de 88 à 100 fois par minute.

19. — Pouls à 112-116; le bruit de soufflet le plus prolongé de la région précordiale est manifestement isochrone à la diastole.

21 et 22. — La diastole paraît être double comme la systole, en sorte qu'on entend coup sur coup quatre bruits de soufflet, les deux qui correspondent à la diastole étant plus

forts que les deux autres (ces quatre bruits consécutifs du cœur sont bien distincts, et ont été constatés par plusieurs observateurs habitués à ce genre d'exploration, et qui assistent à la clinique). (*Huile de ricin 2 onces.*)

26. — Le pouls est revenu à son état de simplicité ordinaire; il est toujours vibrant, à 96-100; il n'existe plus qu'un double souffle dans la région du cœur (le second toujours plus fort).

27. — La nuit dernière, oppression et étouffement. (*Saignée de 3 palettes.*)

28. — Crachats rouillés, gélatiniformes, adhérents, en petite quantité; résonnance faible et râle crépitant sec, à gauche et à droite en arrière, dans le quart inférieur; pouls à 100.

Sang de la saignée. — Sérosité claire, couenne mince sur le caillot, lequel est d'une consistance plus que normale. (*Saignée de 3 palettes*; *diète.*)

29. — Pouls à 106; respiration un peu sèche, sans râle crépitant bien marqué en arrière; quelques crachats gélatineux, légèrement rouillés.

Sang de la saignée. — Sérosité jaune, couenne très mince; caillot supportant à peu près son poids.

30. — Quelques crachats gélatiniformes, ponctués de sang; pouls à 108; quelques bulles de râle crépitant sec, à droite, en bas et en arrière; à gauche en arrière, bruit de frottement sec se passant probablement dans la plèvre. (*2 tasses de bouillon*; *raisin.*)

31. — Deux à trois crachats seulement, à peine striés de quelques vestiges de sang; nuit meilleure; pouls à 96, moins fort; peau moins chaude (1). (*2 tasses de bouillon*; *soupe aux herbes*; *pruneaux.*)

7 *septembre.* — Hier, de huit à neuf heures du soir, le

(1) A partir de ce jour, j'ai cessé de voir ce malade. En mon absence, M. Montault a continué l'observation.

malade a éprouvé quelques accès de suffocation plus forts que ceux qu'il avait déjà ressentis (ce matin, les battements du cœur sont tumultueux, irréguliers, toujours avec un double bruit de frottement (le second plus prolongé que le premier); œdème autour des malléoles. (*Saignée de* 8 *onces; sinapismes sur les membres inférieurs; pot. gom. avec teinture éthér. de digit.* 15 *gouttes*; 2 *bouill.*; *crème de riz*; *une tasse de lait.*)

8. — Moins d'oppression.

Le sang n'est pas couenneux. (*Eau de Sedlitz.*)

9. — Le pouls présente deux pulsations coup sur coup, suivies d'une petite intermittence.

10. — Le malade est mort subitement à une heure du matin.

Autopsie cadavérique, 8 *heures après la mort* (1).

1° *Habit. extér.* — Un peu d'infiltration aux membres inférieurs.

2° *Org. respir. et circul.* — Épanchement d'une assez grande quantité de sérosité dans les deux cavités de la poitrine, mais surtout à droite. A gauche, la cavité pleurale est partagée en deux par une cloison pseudo-membraneuse, disposée en manière de diaphragme. — Le poumon gauche offre des adhérences dans ses quatre cinquièmes inférieurs. — Le poumon droit est libre et offre quelques points emphysémateux, et un engouement dans son quart inférieur. Le péricarde contient une assez grande quantité d'un liquide séreux, verdâtre, non floconneux. Le cœur est tellement augmenté de volume, qu'il remplit à lui seul une grande partie de la base de la poitrine. A la face antérieure de cet organe, existe une plaque fibreuse d'un blanc laiteux.

(1) Je rédige cette ouverture d'après les notes qui m'ont été remises par M. Montault (j'étais absent de Paris quand elle fut faite).

Le ventricule gauche, considérablement hypertrophié, est en même temps dilaté, à tel point qu'il pourrait contenir le poing. Dans cette cavité, on rencontre un caillot fibrineux, solide, organisé, qui se prolonge dans l'aorte. Des plaques cartilagineuses, très épaisses, existent à l'origine de cette dernière ; les valvules aortiques sont rétractées, comme ratatinées ou *recroquevillées*, de telle sorte qu'étant abaissées, elles laissent encore entre elles une ouverture, une sorte de lumière capable de contenir le petit doigt; ces valvules sont épaissies et transformées en tissu fibro-cartilagineux. Depuis son origine, jusqu'à son passage à travers les piliers du diaphragme, l'aorte est plaquée de lames fibro-cartilagineuses ou calcaires, dont quelques unes font saillie à l'intérieur du vaisseau; des plaques semblables se remarquent dans les artères qui naissent de la crosse de l'aorte (1).

La valvule mitrale est considérablement épaissie, principalement dans la moitié qui est la plus voisine des valvules aortiques; l'épaississement affecte spécialement le bord libre de la valvule. D'ailleurs, l'orifice auriculo-ventriculaire gauche n'est pas rétréci.

La valvule tricuspide, un peu blanchâtre, est légèrement épaissie à son bord libre, sans rétrécissement de l'orifice auquel elle est adaptée.

Les valvules de l'artère pulmonaire sont parfaitement saines.

3° *Org. digest. et annex.* — Le foie est gorgé de sang noir; il en est de même de la rate. — La membrane muqueuse de l'estomac offre quelques plaques rouges et un peu moins de consistance qu'à l'état normal. La membrane muqueuse de la fin de l'intestin grêle est saine : elle présente seulement quelques rougeurs dans les parties les plus déclives.

(1) Les parois de l'artère radiale sont notablement épaissies.

OBSERVATION VI.

Salle des hommes, n. 2. — Le nommé Rigolet, âgé de 75 ans, afficheur, demeurant rue du Petit-Pont, 14, né à Paris : malade depuis 25 ans au moins, mais surtout depuis 7 ans ; entré le 28 mai 1836, mort le 5 juin 1836.

Diagnostic. — INDURATION DES VALVULES GAUCHES DU CŒUR, *avec rétrécissement de l'un des orifices correspondants ou des deux.*

Catarrhe pulmonaire chronique.

D'une constitution détériorée ; d'un tempérament bilioso-sanguin.

Sujet à s'enrhumer tous les hivers depuis vingt-cinq à trente ans; depuis l'âge de cinquante ans, il éprouve habituellement une certaine gêne de la respiration, et parfois des étouffements sans palpitations.

Il y a sept mois (au mois de novembre dernier), il est tombé du haut de son échelle d'afficheur sur le pavé, et c'est le côté gauche du corps qui a porté. Pour cette chute, il est resté chez lui six semaines malade : il ressentait une douleur dans le côté gauche de la poitrine (en dehors du sein), de la dyspnée sans crachats sanguinolents. Il était mal rétabli au bout de deux mois. (15 *sangsues avaient été appliquées sur le côté douloureux.*)

Au mois de janvier dernier, le malade étant allé à Saint-Denis, aux Batignolles et à La Chapelle, pour mettre des affiches, il a été mouillé pendant cinq heures de temps, et n'a pas changé de chemise de la journée. Le lendemain et le surlendemain, douleur dans le côté droit de la poitrine, toux, expectoration blanchâtre, augmentation de la dyspnée. (*Il est resté trois mois sans médecin et sans rien faire.*)

Vers la fin de février, ont apparu des palpitations fréquentes, et un œdème des membres inférieurs s'est manifesté. Dans le commencement de mai, le mal allait en augmentant; il y avait expectoration sanguinolente, douleur

dans le côté droit, de la fièvre. — Il fut alors visité par M. Montault, l'un des médecins du bureau de bienfaisance du 11e arrondissement, *qui fit pratiquer, par la sœur de Charité, une saignée de 16 onces, et appliquer 15 sangsues à la partie inférieure du sternum; il prescrivit en outre une tisane de mauve et de violette miellée et des cataplasmes sur le côté douloureux.*

Le jour de la saignée et des sangsues, le point de côté et l'expectoration ensanglantée disparurent; mais il resta une bronchite générale, avec des battements tumultueux et précipités dans la région du cœur, et de l'œdème aux membres inférieurs.

Depuis six jours, nouvelle gêne de la respiration, enflure des jambes plus considérable, battements du cœur plus forts. (*Une saignée de 2 palettes, faite deux jours avant l'entrée, a procuré beaucoup de soulagement; toutefois, la maladie semblant devoir se prolonger encore long-temps, le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.*)

28 *mai au soir.* — Œdème considérable des membres inférieurs, qui a commencé par les malléoles, et qui s'étend maintenant jusqu'au bas-ventre; voussure dans la région précordiale; léger élargissement des quatrième et cinquième espaces intercostaux; matité précordiale accrue en étendue; battements du cœur obscurs, tumultueux, irréguliers, avec impulsion très faible, et avec bruit de râpe très marqué dans les deux temps, ayant son maximum d'intensité dans la région des cavités gauches; pouls petit, faible, intermittent, irrégulier; orthopnée; résonnance assez bonne en avant de la poitrine, avec râle muqueux et sibilant; râle muqueux à grosses bulles avec un peu de râle sous-crépitant en arrière, en bas et en dehors à gauche; crachats muqueux, opaques; langue blanchâtre, humide; lèvres non violacées; face un peu rouge; le foie est volumineux, et s'avance un peu dans l'épigastre; peu ou point de liquide dans l'abdomen.

29.—Les crachats ont une teinte abricot légère; pouls petit, irrégulier, intermittent, presque imperceptible, à 96-100; température abdominale à 30°, et celle de la main à 27-28°. (*Viol. guim. sir gom.; julep béch. gr.* 6 *thridace; catapl. sinap. aux pieds*; 2 *tasses bouillon*; *eau rougie sucrée.*)

30.—Point de sommeil; infiltration des parois abdominales et épanchement d'un peu de liquide dans la cavité du péritoine.

Étendue de la matité du cœur : transversalement 4 p. 2 lignes, verticalement 3 pouces 5 lignes; reflux du sang dans les veines jugulaires ou pouls veineux; la température de la face dorsale de la main gauche est de 25 à 26°, et celle de la région du sternum de 29 à 30°.

31. — Pouls à 132, petit, filiforme; on entend toujours le bruit de soufflet ou de râpe dans la région des cavités gauches; la teinte abricot des crachats a presque entièrement disparu. (1 *vésicat. sur le côté gauche de la poitrine; infusion de lierre terr.*; *julep kermès gr.* v; *lait*; *bouillon.*)

1er *juin.* — Le bruit de soufflet est transformé en bruit de piaulement rauque et étouffé, ayant son maximum d'intensité vers la pointe du cœur. (*Digit. gr.* 6 *à la surface du vésicatoire.*)

4. — Crachats sanguinolents, de couleur d'abricot.

5. — Pouls filiforme, presque insensible; râle trachéal des agonisants; crachats rougeâtres, semblables à du pus mêlé de sang; refroidissement de la peau (température de la main droite à 25°). Mort à onze heures du matin.

Autopsie cadavérique, 24 heures environ après la mort.

1° *Org. respirat. et circulat.* — Le poumon gauche est adhérent par des brides celluleuses organisées au péricarde qu'il recouvre un peu; adhérences entre sa face externe et inférieure, et la paroi costale correspondante; une livre environ de sérosité d'un jaune citrin dans la cavité pleurale

gauche; poumon gauche engoué, laissant couler à l'incision un liquide spumeux. — Poumon droit adhérent par toute sa surface aux parties environnantes, se laissant facilement pénétrer par le doigt, et partout hépatisé au second degré.

Cœur d'un bon tiers plus volumineux que dans l'état normal; plaques blanchâtres ou fausses membranes fibreuses à ses faces antérieure et postérieure; ventricule droit à parois assez épaisses; valvule tricuspide un peu indurée et épaissie à sa base; orifice auriculo-ventriculaire droit agrandi; valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire saines; valvules sigmoïdes aortiques d'une teinte opaline, avec petites plaques fibro-cartilagineuses dans leur épaisseur, sans rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique; valvule mitrale épaissie, indurée, d'une teinte opaline, surtout dans la valve qui regarde l'orifice ventriculo-aortique; orifice auriculo-ventriculaire gauche rétréci d'une manière absolue et relative (il est d'un tiers moins grand que l'orifice auriculo-ventriculaire droit); teinte opaline et épaississement de la portion des colonnes charnues où s'insèrent les tendons de la valvule mitrale; oreillette et ventricule gauches hypertrophiés; cavité du ventricule gauche un peu agrandie; caillot fibrineux organisé, adhérent par en bas au sommet du ventricule gauche, et par en haut au bord libre de la moitié de la valvule mitrale, tournée vers l'orifice aortique.

Aorte saine à son origine, offrant dans ses parois, à l'endroit où elle se recourbe et vers le bord interne de sa courbure, une plaque fibro-cartilagineuse qui en rétrécit un peu le calibre; plusieurs plaques cartilagineuses sous la membrane interne de l'aorte thoracique descendante.

2° *Abdomen* — Vessie petite, pyriforme, à parois épaissies, avec végétations fongueuses ou polypeuses de la muqueuse. — Prostate généralement hypertrophiée. — Le foie, assez volumineux, s'avance dans la région épigastrique.

SECOND GROUPE.

Cas non terminés par la mort. — Ces cas sont au nombre de 14.

OBSERVATION VII.

Salle des hommes, n. 18. — Ducatel, âgé de 33 ans, malade depuis 2 ans; entré le 5 juillet 1836, sorti le 14 octobre 1836.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES GAUCHES ET HYPERTROPHIE MOYENNE DU CŒUR, *suite probable d'une endo péricardite, chez un sujet qui a été atteint de fluxions de poitrine.*

Il y a huit ans, *fluxion de poitrine* (point de côté à droite, crachats ensanglantés, fièvre, etc.). Traité par quatre à cinq saignées du bras et trois saignées locales, le malade sortit du service de M. Fouquier, où il était placé, six semaines environ après son entrée. Il acheva sa convalescence dans une maison de santé, et il dit que cette convalescence se prolongea durant une année entière.

Il y a deux ans, nouvelle fluxion de poitrine pour laquelle il fut admis à l'hôpital de la Charité (service de M. Lherminier). Il fut encore saigné trois à quatre fois du bras, et trois fois des sangsues furent appliquées sur le côté. Quinze jours environ après son entrée, le malade ressentit des palpitations et de la douleur dans la région du cœur, ce qui nécessita une double application de ventouses scarifiées et l'usage de la digitale; à sa sortie, il conservait des palpitations et de l'essoufflement en marchant, accidents qui ont toujours persisté depuis.

A notre première visite, nous observâmes ce qui suit :

Point de voussure notable de la région précordiale, qui rend un son mat dans une étendue de 3 pouces verticalement, et de 2 pouces 6 lignes transversalement; l'impulsion du cœur est assez forte, et la pointe de cet organe bat à un

pouce au-dessous du sein, un peu plus en dehors qu'à l'état normal; tintement auriculo-métallique pendant la systole; les deux bruits du cœur, dans la région des cavités gauches, sont secs, éclatants; le second bruit imite assez bien le claquement des soupapes de la machine pneumatique, ce qui contraste avec le timbre un peu âpre, *enroué*, du premier; de plus, le claquement du second temps est manifestement double; mais le second des deux claquements dont il se compose est plus court que le premier : le rhythme de ces bruits peut être ainsi représenté *tic.... tac... tac..*

Pouls sensiblement redoublé, à 44, bien détaché, comme saccadé, peu volumineux; respiration libre à l'état de repos.....

Les jours suivants, le triple bruit du cœur (bruit de rappel) continua, disparaissant par intervalles pour revenir ensuite. Il existait encore, lorsque le malade quitta l'hôpital, le 14 octobre.

OBSERVATION VIII.

Salle des hommes, n. 19. — Chachon, âgé de 20 ans, malade depuis 1 à 2 ans; entré le 18 juillet 1836, sorti le 8 août 1836.

Diagnostic. — HYPERTROPHIE GÉNÉRALE DU CŒUR ET ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES, *chez un sujet atteint à diverses reprises de phlegmasies pectorales....*

Il y a quatre ans, le malade est entré à l'hôpital de la Charité pour un *rhume* qui avait déjà duré trois mois : il souffrait à la poitrine, éprouvait de l'oppression, et toussait sans cracher de sang. Il sortit au bout de quinze jours; on lui fit une saignée et deux applications de sangsues sur la poitrine (16 sangsues la première fois, 12 la seconde).

Dix-huit mois après, nouveau *rhume*; la maladie datait déjà de deux mois, lorsqu'il fut admis pour la seconde fois à l'hôpital de la Charité. Outre la toux et la douleur qui existait dans le côté droit de la poitrine, le malade se plaignait alors de *palpitations*. On lui fit une saignée de trois

palettes, et on lui appliqua 24 sangsues (12 sur le côté droit et 12 sur la région précordiale). Il sortit au bout de quinze jours.

Lorsque le malade entra pour la première fois dans notre service, il était affecté d'un nouveau *rhume* depuis trois semaines (1).

Il n'avait jamais éprouvé de rhumatisme.

A l'entrée, l'exploration du cœur fournit les résultats suivants :

L'étendue de la matité de la région précordiale est de 3 pouces 4 lignes verticalement, et de 3 pouces 1 ligne transversalement; la main appliquée sur cette région est assez fortement soulevée par les battements du cœur; la pointe de cet organe frappe à un demi-pouce plus bas que dans l'état normal; un double tintement auriculo-métallique accompagne le double bruit valvulaire, et le premier bruit est plus âpre que dans l'état normal; au reste, les deux bruits sont secs et comme parcheminés.

Le pouls est régulier, à 84-88, assez dur et résistant, mais d'une étroitesse qui contraste avec la force et l'étendue des battements du cœur; oppression en montant; point d'œdème.

Le 8 août, à la sortie du malade, l'état du cœur avait bien peu changé, malgré l'emploi d'un vésicatoire et de la

(1) Toux fréquente, quinteuse; crachats séro-muqueux, peu abondants; douleur dans la région des fausses côtes droites pendant les quintes de toux; la résonnance est assez bonne dans les deux côtés de la poitrine; à droite en avant, la respiration est sèche, et à la fin de l'inspiration, on entend un léger râle suspirieux; des deux côtés en arrière, on entend un mélange de râle muqueux et de râle sibilant, ronflant; le nombre des inspirations par minute est normal (16), et dans l'état de repos, le malade n'éprouve point d'oppression.

L'affection catarrhale céda à l'usage des boissons béchiques, des juleps opiacés, à l'application d'un emplâtre de poix de Bourgogne, et à la diète lactée.

digitale ; les bruits valvulaires étaient toujours secs, parcheminés, le premier un peu âpre.

OBSERVATION IX.

Salle des hommes, n. 16. — Millet, âgé de 39 ans, malade depuis 1 an ; entré le 21 juin 1836, sorti le 27 juillet 1836.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT, INDURATION, ET PEUT-ÊTRE VÉGÉTATIONS DES VALVULES GAUCHES, *suite d'endocardite rhumatismale; hypertrophie générale et considérable du cœur (surtout à gauche); obstacle médiocre au cours du sang à travers les orifices* (1).

En 1829 et en 1830, attaque de rhumatisme articulaire généralisé, qui a duré pendant six semaines. Depuis la dernière attaque, il est resté sujet à des battements du cœur, et il a ressenti quelques nouvelles douleurs rhumatismales qui ne l'empêchaient pas de travailler. Depuis un an, les battements du cœur ont beaucoup augmenté, et quand le malade monte un escalier il éprouve des étouffements, des sueurs froides, quelquefois même des défaillances. Il a aussi craché du sang par intervalles.

A la première visite, je fis noter les symptômes suivants :

Pas de voussure manifeste dans la région du cœur ; l'étendue de la matité de cette région est de 4 pouces transversalement et verticalement ; appliquée sur la même région, la main est fortement repoussée par les battements du cœur et ne sent pas de frémissement vibratoire distinct ; la pointe du cœur frappe à un pouce plus bas et plus en dehors qu'à l'état normal ; vers cette pointe, on entend un double bruit de soufflet ; toutefois, le bruit de soufflet qui couvre le pre-

(1) Pendant le séjour du malade, il survint une pneumonie gauche, qui, traitée au moment même de son invasion par une saignée de 4 palettes et une application de ventouses scarifiées (4 palettes) pratiquées le même jour, et un vésicatoire appliqué le deuxième jour, se termina par une prompte résolution. Et pour le dire en passant, je n'ai point parlé de ce cas de guérison au chapitre de la pneumonie.

mier claquement du cœur est plus prolongé que le second; le maximum d'intensité du souffle isochrone à la systole existe dans la région des orifices gauches; en s'éloignant graduellement de ce point vers le côté droit de la poitrine et vers la partie supérieure du sternum, le souffle du second temps diminue aussi graduellement, et finit par être remplacé par le claquement qui constitue le second bruit du cœur.

Pouls à 52-56, régulier, vibrant; médiocre dilatation des veines jugulaires sans *pouls veineux*; point d'infiltration des membres inférieurs; respiration à 24-28.

Pendant le séjour du malade, nous constatâmes à différentes reprises l'existence du triple bruit du cœur que j'ai comparé au rhythme du battement de tambour connu sous le nom de *rappel.* — Le bruit de souffle devint plus râpeux, *filé* au premier temps; il était accompagné d'un léger frémissement vibratoire, et d'un tintement auriculo-métallique très fort.

Au moment de la sortie (27 juillet), le bruit de frottement imitait le bruit de scie dans la région du sein, où il était très superficiel et il ressemblait au bruit de soufflet quand on auscultait dans la région sous-claviculaire, ce qui me porta à soupçonner qu'il existait à la fois un frottement *péricardique* et un frottement *valvulaire.*

OBSERVATION X.

Salle des hommes, n. 23. — Turpin, âgé de 29 ans, malade depuis plusieurs années; entré le 30 avril 1836, sorti le 9 mai 1836.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES GAUCHES *(de la bicuspide surtout), avec hypertrophie considérable et générale du cœur.*

(Les lésions ci-dessus indiquées sont consécutives à une endocardite rhumatismale.)

Il y a treize ans, première atteinte de rhumatisme articulaire, qui s'est prolongée pendant huit à neuf mois. Depuis cette époque, il a été sujet à des palpitations et à des étouffements en travaillant.

Il y a trois ans, seconde attaque de rhumatisme articulaire qui n'a cessé complétement qu'au bout de six mois, et pour laquelle il a pris 18 bains de vapeur à l'hôpital Saint-Louis.

Il y a quinze jours, nouvelle attaque de léger rhumatisme dans les articulations des membres inférieurs.

État du malade le jour de la première visite :

Voussure de la région précordiale de 2 à 3 lignes d'élévation à son centre ; l'étendue de la matité de cette région est de 4 pouces 3 lignes transversalement, et de 3 pouces 6 lignes verticalement; les battements du cœur sont forts et étendus (la pointe de l'organe se fait sentir à un pouce plus bas qu'à l'état normal et soulève énergiquement la paroi pectorale) ; les espaces intercostaux sont élargis ; point de frémissement vibratoire ; le premier bruit du cœur est presque entièrement masqué par un bruit de souffle *filé*, prolongé, auquel succède le claquement du second bruit, pur mais plus fort qu'à l'état normal ; le bruit de souffle a son maximum d'intensité à un pouce à peu près au-dessus de la pointe du cœur ; il diminue à mesure qu'on s'éloigne de là, mais on l'entend distinctement encore dans la région sous-claviculaire gauche.

Pouls régulier, médiocrement développé, dur, à 84 (1) ; point de lividité ni de bouffissure du visage; point d'œdème aux jambes; respiration libre dans l'état de repos (à 20).

Sortie le 9 mai. — Les douleurs rhumatismales avaient disparu ; mais l'état du cœur était sensiblement le même.

(1) Au bout de trois à quatre jours de l'emploi de la digitale, le pouls était descendu à 40-44.

OBSERVATION XI.

Salle des hommes. n. 14. — Vincent, âgé de 16 ans, malade depuis 10 mois ; entré le 6 octobre 1836, sorti le 19 octobre 1836.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES GAUCHES, *sans notable rétrécissement des orifices, et hypertrophie générale du cœur, maladie consécutive à un rhumatisme articulaire aigu*.

A quatorze ans, attaque violente d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui a duré cinq à six mois.

Les symptômes d'une maladie dite organique du cœur ne sont bien prononcés que depuis environ dix mois. Voici quels ils étaient au moment de l'entrée du malade à la clinique (1).

La région précordiale offrait une voussure qui avait 4 pouces d'étendue dans tous les sens ; élargissement des espaces intercostaux correspondants ; l'étendue de la matité était de 5 pouces transversalement et 4 pouces 3 à 4 lignes verticalement ; battements du cœur forts et très étendus (la pointe du cœur bat à deux grands pouces au-dessous du sein) ; on entend dans la région précordiale un double bruit de frottement râpeux mêlé de bruit de soufflet plus prolongé au second temps qu'au premier, et ayant son maximum d'intensité au niveau des orifices gauches ; point de frémissement vibratoire dans la région précordiale.

Pouls à 76, bien détaché, vibrant, d'un volume moyen, bien régulier ; pas de souffle continu ou de bruit de diable dans les artères ; point de dilatation notable des veines extérieures, ni de congestion séreuse ; respiration libre à l'état de repos.

Sortie, le 19 octobre, à peu près dans le même état.

(1) J'avais été appelé en consultation auprès du malade, qui était confié aux soins de M. le docteur Vassal. A la première vue du sujet, je pensai que la maladie organique du cœur avait été consécutive à quelque attaque de rhumatisme, et l'interrogation du malade et de ses parents ne tarda pas à confirmer cette conjecture.

OBSERVATION XII.

Salle des hommes, n. 20. — Henry, âgé de 27 ans, malade depuis 1 an; entré le 17 juin 1836, sorti le 5 juillet 1836.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT DE L'ENDOCARDE ET DES VALVULES, *avec hypertrophie anévrismale du cœur, à la suite d'un rhumatisme articulaire.*

Il y a huit ans, attaque de rhumatisme articulaire des membres inférieurs. Depuis cette époque, à deux reprises différentes, il a été traité, dit-il, pour une hydarthrose des genoux, et déjà un an avant le rhumatisme indiqué tout à l'heure, il avait eu un gonflement du genou gauche, maladie qui se dissipa au bout de huit jours, après l'application d'un vésicatoire.

Ce n'est guère qu'il y a un an environ, que le malade dit avoir éprouvé des symptômes bien prononcés de maladie organique du cœur. Voici ce que nous observâmes à l'entrée du malade.

Pas de voussure notable de la région précordiale; une portion des cavités gauches est recouverte par une lame du poumon; cependant l'étendue de la matité de la région précordiale est de 3 pouces 3 lignes verticalement, et de 3 pouces transversalement; le premier bruit est accompagné d'un bruit de frottement qui ressemble à un léger souffle, et le second bruit est un peu moins clair qu'à l'état normal; la pointe du cœur bat à un demi-pouce un peu plus inférieurement qu'à l'état normal; les battements du cœur se transforment en palpitations quand le malade monte un escalier.

Pouls à 68-72, régulier, médiocrement développé; très léger bruit de diable dans la carotide droite seulement (le teint du malade est pâle, un peu jaune, et le visage un peu bouffi).

Sortie, le 5 juillet. — Point de changement notable dans les signes indiqués plus haut.

OBSERVATION XIII.

Salle des hommes, n. 10. — Froget, âgé de 22 ans, malade depuis environ 3 ans ; entré le 15 octobre 1836, sorti le 5 décembre 1836.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES GAUCHES, SURTOUT DES AORTIQUES, *avec hypertrophie générale du cœur ; épaississement, plaques et dilatation de l'aorte, lésions consécutives à une endo-péricardite et à une aortite rhumatismales.*

Atteint en 1831 d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui a duré vingt-deux jours.

Seconde attaque en 1833, pour laquelle il est resté vingt-quatre à vingt-cinq jours à l'hôpital Beaujon.

Entré, il y a cinq à six semaines, dans le service de M. Rayer pour une troisième attaque de rhumatisme articulaire. A cette époque, il disait avoir éprouvé, depuis ses anciennes attaques, des symptômes de *maladie du cœur.*

A son entrée à la clinique, la maladie du cœur était annoncée par les signes suivants.

Voussure évidente dans la région des troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux; matité de la région précordiale: 4 pouces 2 lignes verticalement et transversalement; battements du cœur plus forts et plus étendus qu'à l'état normal; frémissement vibratoire à la partie supérieure du sternum, n'existant pas dans les artères carotides et sous-clavières; dans toute la région précordiale, double bruit de soufflet, absorbant à peu près complétement le double claquement normal, plus prolongé pendant la systole que pendant la diastole, ayant son maximum d'intensité vers la partie moyenne du sternum, très fort aussi dans la région sous-clavière gauche.

Pouls à 72, vibrant, régulier; point de souffle continu ou de bruit de diable dans les artères; point de dilatation des veines extérieures, ni de congestion séreuse; respiration libre à l'état de repos.

Sortie, le 5 décembre. — A peu près dans le même état.

OBSERVATION XIV.

Salle des hommes, n. 17. — Berdant, âgé de 17 ans, malade depuis plusieurs années; entré le 19 août 1836, sorti le 27 août *idem*.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES *avec hypertrophie du cœur; dilatation de la crosse de l'aorte chez un sujet rhumatisant.*

État anémique avec souffle continu dans les artères carotides.

Il y a sept ou huit ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé; il y a trois ans, nouvelle attaque; enfin, six jours avant l'entrée du malade à la Clinique, une troisième attaque s'était déclarée.

A la suite des premières attaques, il est survenu des symptômes de maladie organique du cœur. Voici quels étaient les signes de cette affection.

Saillie évidente de la région précordiale; matité de cette région: 4 pouces 3 lignes verticalement et 4 pouces transversalement; le réseau veineux de cette région est plus développé que celui de la région correspondante à droite; la pointe du cœur bat à deux pouces au-dessous du sein; les battements de cet organe sont forts et étendus; un battement très distinct à l'œil et à la main existe dans la région des trois premières côtes gauches, isochrone à la systole du cœur et accompagné d'un léger frémissement vibratoire; légère saillie dans le même point, laquelle se confond en bas avec celle de la région du cœur; la force et l'étendue des battements du cœur contrastent avec la gracilité de la constitution et l'état anémique du sujet; dans la région des cavités gauches, souffle distinct au premier temps et claquement sec au second temps, claquement qui se fait entendre dans tout le trajet de l'aorte sous-sternale; dans la région des cavités droites, le premier bruit est à peine distinct, et le second consiste en un claquement sec, comme parcheminé; tintement auriculo-métallique pendant la systole.

Pouls à 64-68, un peu vibrant, mou, régulier, peu développé; bruit de souffle continu ou de diable dans les deux carotides, disparaissant quand le malade fait un effort, sans frémissement vibratoire de ces artères; les veines extérieures sont affaissées, et le malade n'a jamais eu d'œdème aux jambes.

Les douleurs occupent les hanches et les genoux; elles ne sont accompagnées ni de gonflement, ni de réaction fébrile.

Sortie le 27 août. — Les douleurs rhumatismales sont guéries; mais l'état du cœur est toujours le même.

OBSERVATION XV.

Salle des femmes, n. 4. — Roy, âgée de 30 ans, malade depuis 4 mois; entrée le 9 août 1836, sortie le 1er octobre 1836.

Diagnostic. — ENDOCARDITE RHUMATISMALE CHRONIQUE, *avec hypertrophie et dilatation du cœur, à la suite d'un rhumatisme articulaire chronique.*

Il y a quatre mois, rhumatisme articulaire aigu généralisé. Il y a six semaines, elle est entrée à l'Hôtel-Dieu (service de M. Honoré); elle en est sortie au bout de quinze jours. Elle éprouvait alors des palpitations en même temps que des douleurs rhumatismales dans plusieurs articulations. On lui prescrivit des bains et des pilules de digitale.

Voici quel était son état au moment de l'entrée à la Clinique: douleur sans chaleur ni rougeur dans l'articulation du cou-de-pied et du genou gauches; tuméfaction médiocre du cou-de-pied et du genou (la circonférence du genou gauche est de 12 pouces 3 lignes, et celle du droit de 12 pouces); poignet gauche également douloureux et un peu tuméfié (sa circonférence est de 6 pouces 2 lignes, et celle du droit de 6 pouces).

Chaleur modérée et moiteur de la peau, qui est pâle, décolorée comme dans l'anémie; affaissement des veines sous-

cutanées avec teinte violette de la petite colonne de sang qui les traverse; pouls à 96-100, petit, assez résistant; les règles viennent régulièrement tous les mois (elles sont précédées de quelques flueurs blanches); il existe un beau bruit de diable dans l'artère carotide gauche seulement; rien d'anormal pour la respiration.

Légère voussure de la région précordiale; l'étendue de la matité de cette région est de 3 pouces verticalement et de 3 pouces 6 lignes transversalement; l'impulsion du cœur est forte, ce qui contraste avec la petitesse du pouls et l'état d'anémie et de faiblesse générale; le premier bruit est un mélange de claquement et de souffle, souffle qui se prononce de plus en plus à mesure qu'on ausculte le long de l'aorte sous-sternale; le second bruit est un peu sec.

Prescription du 10 : — *Frict. mercur. sur les articul. malades*; 2 *pilul. d'extr. gom. d'opium et de cynoglosse* (1/4 *de gr. de chaque pour chaque pilule*); *bain de vapeur*; *viol. bourr. sir. gom.*; 2 *tasses bouill.*; *potag. et lait.*

14. (1) — Pouls à 104; augmentation des douleurs primitives et nouvelles douleurs dans le cou-de-pied et le genou droits; bruits du cœur forts avec léger piaulement vers l'orifice aortique. (*Saignée*, 2 *pal.*)

15. — *Sang de la saignée* : — Couenne mince, azurée, soutenant le poids du caillot; la consistance de celui-ci est médiocre.

Diminution de la douleur des articulations; sueur toute la nuit; un peu de dévoiement.

16, 17 et 18. — A peu près même état. (*Riz sir. coing*; *lav. amil.*; *bouill. et crème de riz.*)

19. — Le bruit de soufflet sibilant existe toujours pendant la systole. (*Pot. digit. gr.* 6.)

Les jours suivants, les douleurs rhumatismales disparais-

(1) Du 10 au 14, l'état de la malade resta tel qu'il était à l'entrée.

sent. La digitale donnant lieu à des vomissements, on en suspend l'usage, le 27 août.

Absent pendant le mois de septembre, j'ignore ce qui s'est passé alors (je ne trouve rien de nouveau sur le registre d'observations).

1er octobre. — Sortie. — On n'a rien noté sur l'état du cœur; on a noté que le *bruit de diable* persistait dans la carotide gauche.

OBSERVATION XVI.

Salle des hommes, n. 4. — Gorju, âgé de 32 ans, malade depuis 3 à 4 ans; entré le 23 avril 1836, sorti le 9 mai 1836.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT ET INDURATION DES VALVULES GAUCHES (*de la mitrale probablement*), *avec médiocre rétrécissement d'un orifice, suites d'un ancien rhumatisme.*

Entéro-colite légère intercurrente.

En 1832, rhumatisme articulaire aigu généralisé, pour lequel le malade resta deux mois au lit, et dont il ne fut définitivement guéri qu'au bout de cinq mois.

Depuis cette maladie, Gorju est resté sujet à des battements de cœur en marchant vite, etc.

Entré dans notre service pour une légère entéro-colite dont il fut promptement guéri par les boissons gommeuses, les opiacés et la diète, il nous présenta, en outre, les symptômes suivants.

Pas de voussure notable dans la région du cœur, ni de frémissement vibratoire; l'étendue de la matité de cette région est de 3 pouces 8 lignes transversalement et de 3 pouces 1 ligne verticalement; le choc de la pointe du cœur se fait sentir un peu plus en dehors qu'à l'état normal; dans la région des orifices gauches, on entend un bruit de soufflet, un peu filé, isochrone à la systole et au pouls, suivi d'un claquement à peu près normal; dans la région des cavités droites, on distingue un double claquement valvulaire, mais on y entend par propagation et comme dans

le lointain le souffle indiqué plus haut; en se rapprochant de la partie supérieure du sternum et de la région sous-claviculaire, le bruit de soufflet finit par disparaître, et on n'entend plus qu'un double claquement valvulaire.

Pouls vibrant, régulier, point de bruit de diable dans les carotides.

Le lendemain, le bruit de soufflet était encore plus *filé* et tendait à devenir sibilant.

Le 9 mai, quand le malade sortit de l'hôpital, le bruit de soufflet et les autres signes physiques indiqués plus haut n'avaient subi aucune notable modification.

OBSERVATION XVII.

Salle des femmes, n. 9. — Linay, âgée de 33 ans, malade depuis environ 4 ans; entrée le 5 avril 1836, sortie le 17 avril 1836.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES (*des gauches surtout*) *avec hypertrophie du cœur, suites d'endocardite rhumatismale.*
Bruit de rappel.

Il y a huit ans, la malade fut atteinte de la maladie qui régnait alors sous le nom d'*acrodynie.*

Il y a quatre ans, rhumatisme articulaire aigu généralisé pour lequel la malade prit, au bout d'un mois, plusieurs bains de vapeur (elle ne fut pas saignée). Depuis cette affection, la malade est restée sujette à des palpitations et à de la gêne dans la respiration.

Il y a trois mois, douleur dans la région précordiale avec augmentation des battements du cœur. Au bout d'un mois, elle se calma; mais elle est revenue plus forte depuis un mois et persiste au moment de l'entrée à la Clinique. On observe de plus ce qui suit :

Voussure légère de la région précordiale dont la matité a 3 pouces d'étendue verticalement et transversalement; l'impulsion du cœur, dans l'état de repos, est d'une force moyenne; les battements de cet organe sont irréguliers, intermittents; on entend ce triple bruit du cœur dont j'ai

comparé le rhythme à celui du *rappel* : le premier bruit est simple, voilé ou enroué; le second est comme *redoublé* et un peu moins clair lui-même qu'à l'état normal; le *maximum* de l'*obscurité* du bruit nous a paru siéger dans le point du thorax correspondant à l'orifice aortique.

Pouls irrégulier, intermittent comme les battements du cœur, donnant, terme moyen, 72 pulsations par minute, dur.

Le triple bruit du cœur a persisté les jours suivants : *tic.... tac... tac..*

Une saignée de 3 palettes (le sang ne fut pas couenneux), l'emploi de la digitale et un régime sévère avaient un peu soulagé la malade lorsqu'elle sortit le 17 avril.

L'état du cœur était resté le même.

OBSERVATION XVIII.

Salle des hommes, n. 2. Drôme, âgé de 32 ans, malade depuis 2 ans; entré le 20 juin 1836, sorti le 23 juillet 1836.

Diagnostic. — ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES (*suite d'endocardite chronique*).

Déviation du cœur telle, que sa pointe répond à l'extrémité inférieure du sternum.

Depuis deux ans, le malade est sujet à des battements de cœur et à quelques étouffements. Il dit n'avoir jamais eu de rhumatisme articulaire ni de *fluxion de poitrine.*

Le jour de l'entrée et les jours suivants, le cœur examiné avec soin nous a présenté ce qui suit :

Au lieu de battre dans la région accoutumée, la pointe du cœur bat à la partie inférieure du sternum, partie qui est très élargie et déprimée, ce qui tient sans doute à la profession du malade (il est cordonnier); un peu de douleur pendant les inspirations dans la partie déprimée; l'impulsion du cœur est médiocrement forte; l'étendue de la matité, dans la nouvelle position de cet organe, est de 3 pouces verticalement et transversalement; dans le

creux du sternum, les deux bruits du cœur sont forts, secs, *parcheminés*; ces bruits se font entendre dans toute l'étendue de la poitrine, mais avec une force qui diminue à mesure qu'on s'éloigne du creux indiqué; nulle part, on n'entend de bruit de soufflet ou de frottement quelconque.

Pouls à 108, assez dur, médiocrement développé, point de bruit de diable dans les carotides; bien que le malade soit un peu anémique ou cachectique; point de gonflement des veines ni d'œdème.

Sous l'influence d'une saignée de deux palettes, et d'une double application de ventouses scarifiées (1), qui donna cinq palettes de sang, secondées par l'application d'un vésicatoire, par l'emploi de la digitale, et un régime sévère, le pouls tomba à 68-72, la douleur sternale diminua, et les bruits du cœur perdirent beaucoup de leur intensité (ils étaient cependant encore un peu forts, quand le malade sortit le 23 juillet).

OBSERVATION XIX.

Salle des hommes, n. 26. — Vanaker, âgé de 20 ans, malade depuis 18 mois, entré le 27 juillet 1836, sorti le 28 août 1836.

Diagnostic. — INDURATION ET ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES, *avec hypertrophie des parois du cœur en général.*

Depuis dix-huit mois, le malade dit avoir ressenti des douleurs vers la partie inférieure du sternum; il a éprouvé des rhumes à différentes reprises; il y a six ans, il a eu des vomissements et une fièvre tierce qui a duré quinze jours. Il n'a jamais eu de rhumatisme.

Il y a un an, on lui appliqua six sangsues vers la région épigastrique; six nouvelles sangsues furent appliquées dans la même région, huit mois plus tard.

(1) La saignée du bras et la première application de ventouses eurent lieu le jour même de la première visite, et la seconde application de ventouses le surlendemain.

Les palpitations et l'étouffement auxquels il est sujet depuis une époque qu'il n'a pas bien précisée, ont augmenté depuis huit jours.

Le lendemain de l'entrée, à la visite, je fis noter ce qui suit : Légère saillie au niveau et au-dedans du sein gauche; la pointe du cœur frappe à un pouce plus bas que dans l'état normal; le choc imprimé par les battements de cet organe est fort, et se fait sentir jusque vers l'échancrure de l'extrémité inférieure du sternum; l'étendue de la matité de la région précordiale est de 3 pouces 6 lignes verticalement, et de 3 p. transversalement; les bruits du cœur sont secs, parcheminés, et le premier est cependant un peu sourd et accompagné d'un tintement *métallique*.

Pouls à 80, vibrant, régulier; palpitations et essoufflement seulement en marchant vite, en montant, etc.; point d'œdème.

Après l'application d'un vésicatoire sur la région précordiale et l'administration de la poudre de digitale par la méthode endermique, le pouls tomba bientôt à 68.

Le malade sortit soulagé le 28 août; les bruits du cœur étaient encore secs et *parcheminés*.

OBSERVATION XX.

Salle des hommes, n. 17.—Dijon, âgé de 38 ans, malade depuis environ 6 mois; entré le 1er août 1836, sorti le 18 août 1836.

iagnostic.—OBSTACLE AU COURS DU SANG A TRAVERS L'UN DES ORIFICES GAUCHES DU CŒUR, *suite probable de quelque endocardite chronique méconnue.*

Tuméfaction considérable du foie, précédée d'une pleurésie chronique droite.

Cachexie séreuse.

Le malade ne se rappelle pas avoir fait de maladie sérieuse, si ce n'est il y a cinq à six ans qu'il éprouva un *point de côté*. Il y a environ six mois qu'il a de nouveau éprouvé un *point de côté droit*, douleur malgré laquelle il a continué ses occupations (il est journalier). Ce ne fut

qu'au bout de trois mois qu'il se rendit à la consultation de l'hôpital Beaujon ; 15 sangsues furent appliquées sur le côté douloureux. Cependant la douleur continuant, huit jours après l'application des sangsues, il fit appeler un médecin, qui en prescrivit encore à trois reprises (12 à 15 chaque fois), et pratiqua ensuite une saignée du bras. Un vésicatoire fut appliqué sur la région du foie.

Ces moyens ne furent pas suivis d'un grand succès, et il survint un hydropisie des membres pelviens et du scrotum.

Point de toux, point de crachement de sang, point d'ictère.

A l'entrée du malade à la Clinique, on observait ce qui suit :

L'infiltration séreuse des membres inférieurs avait diminué, celle du scrotum persistait ; ventre généralement tendu, rendant un son tympanique à la percussion; douleur sourde dans la région de l'hypochondre droit ; le foie s'avance vers la région épigastrique et dépasse de deux grands pouces le rebord cartilagineux des fausses côtes droites (là seulement, la percussion de la partie antérieure et latérale droite de l'abdomen rend un son mat) ; point d'amertume de la bouche, ni de nausées, ni de vomissements ; selles normales; urine épaisse et jaune ; la résonnance de la poitrine est bonne partout, hors les régions du foie, de la rate et du cœur ; le bruit respiratoire est normal ; le malade n'éprouve de l'oppression qu'en montant ou en se livrant à quelque exercice fatigant ; il ne se plaint pas de palpitations ; son pouls est à 68, faible, médiocrement développé : il offre quelques intermittences et bat en général deux fois coup sur coup.

Appliquée sur la région précordiale, la main sent battre le cœur deux fois coup sur coup ; l'oreille distingue un triple bruit (les deux premiers bruits accompagnent les deux battements coup sur coup) ; les trois bruits sont plus forts dans la région des cavités gauches que dans celle des

cavités droites; ils sont un peu âpres dans la région précordiale, tandis que sous la clavicule gauche ils sont secs et ressemblent au bruit que l'on produirait par le choc du doigt sur la peau d'un tambour; on n'entend nulle part de souffle distinct; point de frémissement vibratoire, soit dans la région du cœur, soit sur le trajet des artères.

Les veines jugulaires ne sont point distendues.

Pariét. nitr.; *org. et chiend. sir. des cinq racines*; *pot. gomm. sirop de point. d'asp.*; 2 *tass. bouill.*; 2 *pot.*; 1 *tasse de lait.*

Les jours suivants, l'infiltration se dissipe, et l'on augmente la dose des aliments.

Le 18 août, le malade quitte l'hôpital, ayant encore le foie hypertrophié, et présentant le triple bruit du cœur.

SECONDE SECTION.

Résumé des 20 faits précédents, considérés sous le point de vue de la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite, soit avec un rhumatisme articulaire aigu généralisé, soit avec une pleurésie ou une pleuro-pneumonie.

Sur les 20 cas de lésions organiques du cœur provenant d'une endocardite ou d'une endo-péricardite chronique, il en est 12 dans lesquels ces lésions avaient été précédées d'une ou de plusieurs attaques de rhumatisme articulaire (obs. I, III, IV, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII), et 6 dans lesquels ces mêmes lésions se rencontraient chez des individus qui déclarèrent avoir éprouvé des symptômes de pleurésie ou de pleuro-pneumonie, ou qui, n'ayant point fait cette déclaration, offrirent à l'autopsie cadavérique des traces certaines d'une ancienne pleurésie (obs. II, V, VI, VII, VIII, XX).

Dans deux cas seulement (obs. XVIII, XIX), les renseignements fournis par les malades ne nous permirent pas

de rattacher les suites de l'endocardite à l'une des maladies dont il vient d'être question (1).

En dernière analyse, sur les 20 cas des *lésions organiques* du cœur qui ont été rapportés dans la première section de ce chapitre, il en est 18 dans lesquels ces lésions ont eu pour sujets des individus qui avaient été affectés, soit de rhumatisme articulaire, soit de pleurésie ou de pleuro-pneumonie.

Chez les six malades qui furent ouverts (observ. du 1er groupe), les altérations rencontrées sur l'endocarde, les valvules et le péricarde étaient essentiellement les mêmes que celles qui, pour la plèvre et les autres membranes séreuses ou séro-fibreuses, sont généralement considérées comme les restes, les traces, les caractères anatomiques d'une ancienne phlegmasie; par conséquent, nous sommes autorisé par la plus légitime et la plus irrésistible des inductions que puisse fournir l'analogie, à considérer les lésions du cœur, chez nos six malades morts, comme étant bien d'origine ou de provenance d'un travail inflammatoire dont l'endocarde et le péricarde avaient été le siége.

Quant aux douze malades qui sortirent de l'hôpital, ils offraient les mêmes symptômes que ceux dont nous pratiquâmes l'ouverture, et nous diagnostiquâmes chez eux les mêmes lésions. Ce n'est donc qu'en attaquant l'exactitude de notre diagnostic qu'on pourrait nier chez eux l'existence d'une ancienne endocardite ou endo-péricardite. A de telles

(1) Sur 26 cas d'endocardite, de péricardite ou d'endo-péricardite aiguës plus ou moins bien caractérisées dont je viens de faire le relevé dans le t. II de cette *Clinique*, il n'en est que 3 dans lesquels ces maladies fussent indépendantes d'une pleurésie, d'une pleuro-pneumonie ou d'une arthrite rhumatismale. Sous ce point de vue, et en bornant notre induction aux faits rapportés par nous, la rareté d'une péricardite ou d'une endocardite *pure et simple*, exempte de toute complication, est à peu près la même à l'état chronique et à l'état aigu. Sur 46 cas de ces maladies aiguës et chroniques, il n'en est que 5 qui puissent être rangés dans la catégorie de celles qui sont *simples* ou exemptes de complication.

attaques, ou, si l'on veut, à de tels arguments, nous n'avons rien à répondre, sinon que depuis trois à quatre ans, que nous avons assigné à ces malades des caractères diagnostiques certains, aucune ouverture n'est venue démentir le diagnostic tel qu'il est porté après le plus attentif examen des malades ; et que si quelque chose a surpris, au contraire, les nombreuses personnes qui ont assisté aux autopsies cadavériques, c'est la précision presque mathématique avec laquelle on avait diagnostiqué les altérations.

Quoi qu'il en soit, étant admis que les *affections organiques* du cœur de nos 20 malades constituaient bien réellement des suites d'endocardite et d'endo-péricardite, il est évident que ces nouveaux cas ne confirment que trop cette funeste loi de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite, soit avec un rhumatisme articulaire, soit avec une pleurésie ou une pleuro-pneumonie, puisque dans 18 de ces 20 cas, les lésions de l'endocarde et du péricarde existaient chez des sujets qui avaient été atteints, soit de rhumatisme articulaire, soit de *fluxions* de poitrine.

Que ceux qui conserveraient encore quelque doute sur la réalité de la coïncidence que nous signalons dans 18 des 20 cas ci-avant rapportés, n'oublient pas les observations de pleuro-pneumonie, de pleurésie et d'arthrite rhumatismale aiguës, consignées dans le second volume de cet ouvrage. Si ces observations sont bien présentes à leur mémoire, ils savent qu'elles démontrent de la manière la plus éclatante la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite aiguës avec les phlegmasies indiquées. Ainsi, sur 12 cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé, il en est 10 dans lesquels il s'est rencontré une coïncidence plus ou moins prononcée d'endocardite ou d'endo-péricardite; cette coïncidence a eu lieu sept fois dans nos 26 cas de pleuro-pneumonie, et six fois dans nos 21 observations de pleurésie. Or, étant démontrée cette coïncidence à l'état aigu, certes, il n'est pas étonnant qu'elle ait également lieu à l'é-

tat chronique. Au reste, cette induction indirecte, dont quelques uns pourraient faire peu de cas, n'est pour nous qu'un argument sur-ajouté ; car, encore une fois, dans les 20 cas que nous examinons, nous trouvons les arguments les plus directs en faveur de la *loi* qui est en discussion; et à ceux qui nous objecteraient que, dans beaucoup de cas, nous n'avons d'autre raison à l'appui de cette loi que le fameux *post hoc, ergo propter hoc*, dont nous savons qu'on a tant abusé, et que les faits qu'ils ont observés ne sont pas d'accord avec les nôtres, nous répondrons que le seul tribunal suprême auquel il appartienne de juger un procès de ce genre, est celui de l'opinion publique *bien éclairée*, et que nous ne craignons point d'en appeler à son jugement (1).

(1) Parmi les arguments qu'on a fait valoir contre la doctrine dont il s'agit en ce moment, se trouve le suivant, savoir, qu'il est des pleurésies, des pleuro-pneumonies, des rhumatismes articulaires, dans lesquels le péricarde et l'endocarde ne sont nullement pris. Mais c'est là une proposition que je suis bien loin de contester, et qui, d'ailleurs, n'est pas bien placée ici. En effet, je ne cherche pas en ce moment à déterminer dans quelle proportion surviennent l'endocardite et la péricardite chez les individus atteints de pleurésie, de pleuro-pneumonie, et de rhumatisme articulaire aigu ; je m'en suis occupé ailleurs (*voy. les chapit. relatifs à ces malad. dans le présent ouvrage, dans le Traité clinique des malad. du cœur,* et *dans les Nouv. recherches sur le rhumat.*). Il s'agit uniquement de savoir si, chez les sujets qui ont été atteints d'endocardite et de péricardite chroniques, il y a eu coïncidence de pleurésie, de pleuro-pneumonie, de rhumatisme articulaire, et, dans le cas où cette coïncidence aurait effectivement eu lieu, d'en déterminer numériquement la fréquence. C'est là précisément ce que nous avons fait dans le résumé qu'on vient de lire.

Dans tout ce qui précède, il n'est point fait mention de cette angiocardite sur laquelle nous avons insisté dans le *Traité clinique et expérimental des fièvres essentielles*, et dont nous avions déjà parlé dans le *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, publié en 1824. Rien n'est cependant plus réel que l'existence d'un certain degré d'irritation, et quelquefois d'une véritable endocardite valvulaire chez les sujets atteints, soit d'une fièvre dite typhoïde, soit d'une fièvre dite éruptive très grave, soit d'une phlébite ; et dans le dernier mois qui vient de s'écouler (juillet 1837), nous avons, par un hasard, dirai-je heureux, ou malheureux?

Avant de terminer, qu'il me soit permis de donner ici quelques mots de réponse à une réclamation que mon savant collègue, M. le professeur Andral, a publiée dans ses remarquables notes sur le *Traité d'auscultation médiate* de Laënnec (1).

« Dans ces derniers temps, dit M. Andral, les travaux de M. Bouillaud sont venus confirmer l'idée que j'avais émise dès la première édition de ma CLINIQUE MÉDICALE *sur le rapport qui existe souvent entre le rhumatisme et le développement ultérieur d'une maladie du cœur.* » Un peu plus loin, le savant professeur ajoute : « *Il y a long-temps que j'ai tracé les caractères anatomiques de cette inflammation* (celle de la membrane interne du cœur), *et que j'en ai indiqué les symptômes.* Je ne doute pas que ce ne soit par un oubli tout-à-fait involontaire que, dans l'historique qu'il a donné des travaux publiés sur l'inflammation de la membrane interne du cœur, M. Bouillaud n'a pas mentionné ce que j'en ai dit dans le troisième volume de ma *Clinique*, volume qui a paru en 1826. C'est la maladie que j'avais appelée *cardite interne*, et à laquelle il a donné la dénomination plus heureuse d'*endocardite.* »

Je conviens que, dans mes considérations préliminaires sur l'historique de l'endocardite, je n'ai point mentionné ce que M. Andral en a dit en 1826, deux ans après la publication du *Traité des maladies du cœur*, par M. Bertin et moi; mais dans l'*Histoire générale* de la maladie qui nous occupe (t. II, pag. 199 du *Traité clinique des maladies du cœur*), j'ai cité textuellement ce que M. Andral avait dit de l'influence qu'excerce la phlegmasie de la membrane interne du cœur sur certaines lésions organiques de ce viscère, et j'a-

constaté trois fois sur le cadavre cette espèce d'endocardite, après l'avoir diagnostiquée sur le vivant dans deux de ces trois cas. Nous ne faisons d'ailleurs la remarque ci-dessus que pour mémoire.

(1) Notes et additions au *Traité de l'auscultation médiate* de Laënnec, par M. Andral, 1 vol. in-8° ; Paris, 1836.

joutais qu'à ce sujet les idées de M. Andral étaient au fond exactement les mêmes que les nôtres (telles qu'elles avaient déjà été publiées en 1824). Toutefois, ainsi que je l'ai indiqué au commencement de ce chapitre, M. Andral est le premier, à ma connaissance, qui ait clairement annoncé le rapport qui existe souvent entre l'hypertrophie du cœur et l'inflammation de sa membrane interne.

Cela bien reconnu, je ne puis, en conscience, accorder à M. Andral que mes *travaux sont venus confirmer l'idée qu'il avait émise dès la première édition de la* CLINIQUE MÉDICALE *sur le rapport qui existe souvent entre le rhumatisme et le développement ultérieur d'une maladie du cœur.* En effet, dans aucun endroit de l'excellent ouvrage de M. Andral je n'ai vu de proposition ainsi formulée. M. Andral, il est vrai, rapporte deux cas d'une péricardite aiguë, qui *parut naître en même temps que disparut une affection rhumatismale des membres*, et il dit à cette occasion, que *c'est là la métastase rhumatismale des anciens.* Or, on conviendra qu'il y a un peu loin entre ce que nous ont appris les anciens sur la métastase rhumatismale, et les recherches que j'ai publiées sur la *loi de coïncidence* de la péricardite avec un violent rhumatisme articulaire aigu généralisé. M. Andral lui-même, dans les réflexions qu'il ajoute touchant la métastase rhumatismale sur le péricarde, la plèvre et le poumon, établit que leur lésion consiste plus souvent en *une simple modification d'action ou dynamique, qu'en une lésion d'organisation* (CLIN. MÉDIC., T. Ier, ÉDIT. DE 1826). Au reste, les remarques de M. Andral sur le sujet qui nous occupe n'en sont pas moins dignes d'une mention toute spéciale. Que si sa réclamation portait donc sur la péricardite et non sur l'endocardite, elle serait, jusqu'à un certain point, fondée, et je répare en ce moment, autant qu'il est en moi, l'omission qu'il aurait pu me reprocher à cet égard.

Mais si M. Andral, comme d'autres l'avaient déjà fait, a signalé ce qu'il appelle une métastase rhumatismale sur le

péricarde, la plèvre, le poumon, il n'a rien dit, absolument rien dit, de l'*endocardite rhumatismale*, et n'a pu par conséquent annoncer la loi de coïncidence de cette phlegmasie avec un rhumatisme articulaire aigu généralisé; par conséquent aussi mes travaux n'ont pu, sous ce point de vue, venir confirmer l'idée que M. Andral dit avoir émise, dès la première édition de sa *Clinique médicale, sur le rapport qui existe souvent entre le rhumatisme et le développement ultérieur d'une maladie du cœur.*

Quoi qu'il en soit, je ne suis entré dans ces détails que pour me justifier d'un reproche auquel j'ai dû être infiniment sensible, celui de n'avoir pas rendu une pleine et entière justice à un collègue qui est considéré, à si juste titre, comme une des lumières de l'époque médicale actuelle, et qui a bien voulu honorer de son précieux suffrage les travaux que j'ai publiés sur le point de doctrine qui nous occupe (1).

(1) La cardite interne, dont M. Andral a, dit-il, indiqué les symptômes, n'est donc pas l'endocardite rhumatismale; ce n'est pas non plus, en s'en tenant à la *lettre* de son ouvrage, l'endocardite qui accompagne trop souvent les grandes pleurésies ou les grandes pleuro-pneumonies. Ce ne pourrait donc être que cette cardite interne dont j'avais déjà parlé dans le *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, publié en 1824, deux ans avant la publication du volume de la *Clinique médicale* dans lequel M. Andral s'est occupé des maladies du cœur, et je me plais à répéter que, sous ce rapport comme sous tant d'autres, M. Andral a bien mérité de la science. Quant à moi, j'avouerai franchement que les symptômes que j'avais assignés à la cardite interne laissaient beaucoup à désirer, et peut-être M. Andral n'est-il pas très satisfait lui-même aujourd'hui des symptômes qu'il avait attribués à cette maladie, puisqu'il n'avait pas même mentionné ceux fournis par l'auscultation, la percussion, la palpation et l'inspection attentive de la région du cœur.

Dans la 3ᵉ édition de l'*Examen des doctrines*, publiée en 1829, M. Broussais a dit : *L'irritation ou l'inflammation qui a débuté par l'appareil locomoteur, produit souvent la cardite en se fixant dans l'intérieur du cœur.* Cette proposition remarquable, que j'avais complètement oubliée quand j'ai publié mes *Recherches sur l'endocardite rhumatismale*, mérite bien d'être signalée.

CHAPITRE V.

Rhumatisme articulaire (arthrite rhumatismale) chronique.

Dans le cours du semestre clinique dont nous rendons compte, nous n'avons reçu que deux cas de rhumatisme articulaire chronique. Nous allons les rapporter; mais auparavant nous prions les lecteurs de bien peser la seconde de nos observations; elle est un exemple d'une *tumeur blanche rhumatismale* du genou, développée dans un espace de temps si court, que nous avons cru que le malade s'était trompé sur l'époque du début de son rhumatisme. En adoptant la déclaration de la femme de ce malade, la marche de la lésion du genou que nous venons de désigner sous le nom *reçu* de tumeur blanche, aurait été un peu plus lente. Cependant le fait n'en reste pas moins encore assez extraordinaire, et c'est pour cela que nous le recommandons à toute l'attention des lecteurs éclairés. Si nous eussions possédé un plus grand nombre de cas d'arthrite rhumatismale chronique, nous aurions saisi cette occasion de comparer les altérations dont les articulations sont le siége, avec celles qui se rencontrent dans le cœur frappé d'endocardite rhumatismale, et nous aurions vu que, sauf les différences qui tiennent à l'organisation diverse des parties, les altérations sont au fond les mêmes dans les deux cas.

OBSERVATION I.

Salle des hommes, n. 20. — Le nommé Demollière, âgé de 37 ans. journalier, demeurant à Chamarouse Seine-et-Oise), né au même endroit ; malade depuis 2 ans pour la première fois ; entré le 25 avril 1836, sorti le 8 mai 1836.

Diagnostic. — Rhumatisme articulaire, *récidivé pour la troisième fois, sous forme chronique et apyrétique.*

Rien de bien notable au cœur.

D'une constitution assez forte, un peu maigre, brun, d'un tempérament bilieux (1), né de parents bien portants; il s'est lui-même bien porté jusqu'à la maladie récidivée pour laquelle il entre à la Clinique.

Il y a deux ans (en 1834), pendant l'hiver, le malade fut atteint de douleurs rhumatismales qui parcouurrent successivement les articulations des membres inférieurs et supérieurs, et qui pendant trois mois l'empêchèrent de vaquer à ses travaux.

Vers le mois de juillet 1835, une seconde attaque se déclara, mais elle fut légère et n'envahit que le genou et le poignet gauches.

Le malade attribue ses deux attaques de rhumatisme aux alternatives de chaud et de froid auxquelles l'exposent ses pénibles travaux.

Il n'a point eu de saignées tant locales que générales. Il a été traité par les bains et les purgatifs.

Depuis deux mois environ, une troisième attaque de rhumatisme s'était manifestée, lorsque le malade fut admis à la Clinique. Cette attaque avait envahi tour à tour les ge-

(1) Cet homme offrait une intelligence qu'on ne rencontre que rarement chez les hommes de sa profession qui n'ont pas reçu d'éducation un peu soignée, et dès le premier abord nous fûmes frappé du beau développement de son front. J'engageai ce malade, qui savait lire et écrire, à rédiger l'histoire de ses antécédents, et il le fit avec assez de clarté et de précision.

noux, les poignets, les épaules, et depuis deux jours l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt médius de la main gauche était entreprise.

Le malade n'avait fait aucun traitement.

Il fait remonter l'origine de sa maladie à un jour où il fut mouillé en sciant du bois en pleine campagne.

23 *et* 24 *avril.* — Douleur légère dans les deux épaules et dans l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt médius de la main gauche, qui est un peu gonflée.

Point de toux; respiration libre (à 20).

Langue rosée, humide; pas de soif; pas de mauvais goût à la bouche; appétit; rien du côté du ventre; selles naturelles.

Sommeil bon, si ce n'est que dans les grandes douleurs le malade éprouve, dit-il, beaucoup d'agitation et est tourmenté par des rêves inquiétants.

Peau de chaleur modérée; pouls à 72, bien développé, un peu vibrant.

Bruits du cœur normaux; l'étendue de la matité de la région de cet organe est normale (1 pouce 10 lignes verticalement et transversalement); en somme, le malade déclare qu'il n'a jamais été si bien qu'actuellement depuis le mois de février dernier. (*Bourrache viol. sir. gom.*; 2 *pil.* 1/4 *gr. extr. opium*; *liniment opiacé*; *bain de vapeur*; 1/8 *côtelette*; 1/2 *tasse de vin.*)

25. — Le malade a, par erreur, hier, avalé son liniment, lequel ne contenait heureusement que 15 gouttes de laudanum. Il en a été quitte pour un léger mouvement fébrile et un peu d'assoupissement.

26 et 27. — Toujours douleur dans l'épaule; agitation; insomnie.

Les jours suivants, on augmente graduellement les aliments, et le malade sort le 8 mai 1836.

OBSERVATION II.

Salle des hommes, n. 4. — Le nommé Bourdolle, âgé de 46 ans, tailleur de pierre, rue Saint-Martin, 16, né à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure); malade depuis environ 1 mois; entré le 25 avril 1836, sorti le 20 juin 1836.

Diagnostic. — RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE, *borné au genou droit, sous forme de tumeur blanche.*
Rien au cœur.

D'une constitution grêle, maigre. Après avoir servi sur mer pendant trois ans et demi, il fut pris, il y a environ vingt-six ans, de douleurs qui parcoururent successivement plusieurs articulations, et se fixèrent, au bout de deux, à la partie supérieure du bras gauche; depuis cette première attaque, une douleur s'est manifestée à plusieurs reprises, pendant les temps pluvieux surtout, dans la partie indiquée tout à l'heure.

Après avoir subi, pendant plusieurs jours de suite, l'action du froid et de la pluie, le malade fut pris, il y a environ un mois, d'un gonflement douloureux du genou, sans que cette partie eût reçu l'atteinte d'aucun agent traumatique (1). Après s'être levé bien portant, il fit, de cinq à six heures du matin, par un temps assez froid, une longue course pour se rendre à son ouvrage. Ce fut entre huit et neuf heures que son genou droit se gonfla et devint douloureux. Après avoir néanmoins continué à travailler jusqu'à quatre heures, le malade fut obligé de cesser son travail, et il revint chez lui en Omnibus, l'intensité de la

(1) Le malade ne fait remonter qu'à 18 jours l'affection de cette partie; sa femme assure, au contraire, que la maladie articulaire date d'un mois. L'état du genou, tel que nous le décrirons plus loin, nous a fait préférer la déclaration de la femme. Interrogé à diverses reprises et avec le soin le plus minutieux, le malade nous a toujours affirmé qu'avant l'époque indiquée par lui ou celle indiquée par sa femme, son genou était parfaitement sain.

douleur ne lui ayant pas permis de marcher. Il s'alita et fit appeler un médecin qui, dans l'espace de quelques jours, fit appliquer sur le genou soixante sangsues environ; des cataplasmes furent appliqués sur la même partie, qui cependant est restée gonflée et douloureuse (le malade dit n'avoir point eu de fièvre).

Voici quel était l'état du sujet au moment de la première visite (26 avril) : Les principales fonctions, telles que la digestion, la circulation, la respiration, etc., n'offraient aucune espèce de trouble (pas le moindre mouvement fébrile : pouls à 68, peau fraîche).

Genou droit douloureux, tuméfié et très dur, offrant en un mot tous les caractères de la maladie incurable désignée sous le nom de tumeur blanche, fixée surtout dans les parties osseuses; la circonférence du genou droit est de 12 pouces 7 à 8 lignes, et celle du genou gauche de 11 pouces 1 à 2 lignes.

Autour de l'articulation la peau est pâle, un peu tuméfiée dans la région du jarret; la jambe ne peut être étendue complétement sur la cuisse.

Point d'épanchement dans la cavité articulaire.

Le cœur est tout-à-fait sain. (*Vent scarif. en avant et en arrière de l'articulation du genou 3 pal.*; *catapl.*; *bourrache viol. sir gom.*; 2 *pilul.* 1/2 *gr. extr. opium*; *lav. émoll.*; 2 *bouill.*; 3 *soupes aux herbes.*)

27. — *Sang des ventouses* : Caillot ferme, avec traces de couenne.

La circonférence du genou droit est 12 pouces 8 à 9 lignes (il y a une petite fluxion dans les parties molles par suite de l'application des ventouses). (*Vésicat. partie interne du genou.*)

2 *mai.* — Les mouvements du genou sont un peu plus libres.

6 *mai.* — La circonférence du genou droit est de 12 pouces 11 lignes (il y a donc augmentation de la tuméfaction,

et la marche de la maladie nous confirme dans le diagnostic d'une tumeur blanche rhumatismale). (*Vésicat. côté externe du genou.*)

9 *mai au soir.* — Hémorrhagie à la surface du vésicatoire (le sang sort par un petit trou, analogue à la piqûre des sangsues, bien qu'il n'en ait pas été appliqué depuis l'entrée du malade ; le jet est saccadé) ; comme le malade était un peu anémique, on arrêta sur-le-champ le sang par une compression faite au moyen d'un bandage roulé, appliqué sur des rondelles d'agaric mises sur la région de l'hémorrhagie.

10 *mai.* — Nous avons recours à l'application d'une compresse de cérat mercuriel sur le genou malade, maintenue par un bandage compressif.

20 *juin.* — Tous les moyens employés par nous ayant échoué et l'existence d'une véritable tumeur blanche n'étant plus douteuse, nous fîmes sortir le malade, en lui conseillant de passer dans un service chirurgical.

CHAPITRE VI.

Phlegmasies chroniques des organes génitaux, soit d'origine vénérienne, soit d'origine non vénérienne.

Les cas relatifs à ces maladies sont au nombre de dix, parmi lesquels neuf appartiennent à la femme et un à l'homme.

Trois sont relatifs aux phlegmasies d'origine syphilitique ; et c'est par eux que nous commencerons (le premier a pour sujet un homme, les deux autres ont pour sujets deux femmes).

Parmi les sept cas restants, il en est un dans lequel le vagin était le siége exclusif de la phlegmasie ; dans les six

autres, la phlegmasie avait envahi le col de l'utérus, et l'un d'eux se termina par la mort.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Cas de phlegmasies d'origine syphilitique.

—

OBSERVATION I.

Salle des hommes, n. 7. — Le nommé Bornichon, âgé de 23 ans, journalier, demeurant rue Saint-Victor, 70, né à Choffale (Saône-et-Loire); malade depuis 2 mois; entré le 6 avril 1836, sorti le 18 avril 1836.	*Diagnostic.* — PUSTULES ET ÉRUPTION PAPULEUSE D'ORIGINE VÉNÉRIENNE.

D'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il y a deux mois, il s'aperçut de l'existence de *boutons* à la marge de l'anus et au scrotum, affection qui fut, à ce qu'il dit, précédée d'une éruption papuleuse de la peau. Il prétend n'avoir jamais eu de blennorrhagie, ni de chancres.

6 et 7 *avril.* — Éruption à la fois papuleuse et vésiculaire sur toute la peau, mais principalement sur les bras et la partie antérieure du tronc; les papules et les vésicules sont de la grosseur d'un grain de millet; en quelques endroits les vésicules sont rapprochées, groupées comme dans l'herpès.

Cette éruption date de deux mois; végétations en crêtes de coq et pustules plates à la marge de l'anus (depuis vingt-huit jours); ulcérations pustuleuses ou pustules ulcérées à la partie antérieure du scrotum (depuis quatre semaines); amygdale droite un peu gonflée; pouls à 68-72; langue humide et rosée; bon appétit. (*Cérat mercuriel pour pansement; orge et chiend. sir. gom.; lav. émoll.; bain;* 1/8 *maigre.*)

18 *avril.* — Sortie. — Les symptômes syphilitiques locaux ont disparu, mais restent encore des papules de la peau.

OBSERVATION II.

Salle des femmes, n. 10. — La nommée Berthelot, âgée de 40 ans, domestique, demeurant rue d'Amboise, 12, née à Chevanne (Yonne) : malade depuis 2 mois ; entrée le 23 mai 1836, sortie le 4 juin 1836.

Diagnostic. — SYPHILIDE PUSTULEUSE ; ÉCOULEMENT BLENNORRHAGIQUE.

Non mariée, mère de deux enfants, d'une constitution frêle et délicate, d'un tempérament lymphatico-nerveux ; à Paris depuis douze ans.

Il y a deux mois, *démangeaison* à la vulve, sans écoulement ; le mois précédent, elle avait eu des *rapports* avec un homme qu'elle ne connaissait pas et sur la santé duquel elle ne put donner de renseignements satisfaisants.

La *démangeaison* diminua, dit-elle, au bout de quelques jours, puis revint plus tard. Il y a vingt et un jours, *boutons* au siége et à la vulve.

Pour tout traitement, elle a pris des *lavements émollients et de la tisane de mauve.*

23 *et* 24 *mai.* — Pustules syphilitiques d'un rouge cuivré au visage (au pourtour du nez surtout) ; pustules syphilitiques plates à la vulve (celles de l'anus ont disparu) ; écoulement jaunâtre, très abondant, par la vulve, et cuisson en urinant ; tumeur assez volumineuse au cuir chevelu, où l'on voit aussi des pustules ; douleurs dans toute la tête, plus fortes la nuit que le jour ; point de mal à la gorge.

Langue rosée, humide, avec enduit un peu verdâtre ; point de fièvre ; bon appétit ; bon sommeil. (*Orge-chiendent* ; *bains de siége* ; *lav.* ; 1/8 *d'aliments maigres.*)

Du 24 *mai au* 1er *juin.* — Pustules vulvaires un peu affaissées ; quelques ganglions engorgés dans les aines. (*Même traitement, plus des bains sulfureux.*)

4 juin. — Sortie. — Les pustules cutanées restent les mêmes; celles des parties génitales sont affaissées, moins volumineuses.

La malade se rendra dans un établissement consacré au traitement des maladies vénériennes.

OBSERVATION III.

Salle des femmes, n. 13. — La nommée Perrin, âgée de 25 ans, cuisinière, demeurant rue du Helder, 20, née à Boussière (Meurthe); malade depuis plusieurs années, entrée le 16 avril 1836, sortie le 7 mai 1836.

Diagnostic. — BLENNORRHAGIE VÉNÉRIENNE, PRÉCÉDÉE ET SUIVIE DE LEUCHORRÉE CHRONIQUE.

D'une constitution de force moyenne; réglée à dix-sept ans; elle a toujours eu des flueurs blanches depuis cette époque; à cela près, sa santé est ordinairement bonne: Il y a cinq mois, après avoir eu des rapports avec un homme suspect, elle eut une blennorrhagie accompagnée de douleurs dans les aines et les régions iliaques.

Sur l'avis d'un médecin, elle prit une tisane de chiendent et de graine de lin édulcorée avec le sirop de gomme, et six à sept bains simples. Elle ne sait, dit-elle, si elle a été complétement guérie de cet écoulement vénérien, n'ayant pas retourné voir le médecin qu'elle avait consulté; du reste, les flueurs blanches continuent comme auparavant.

Il y a dix jours, les règles sont venues huit jours plus tôt qu'à l'ordinaire, et elles ont duré huit jours comme antécédemment.

Le sixième jour de l'apparition des règles, douleurs vives dans les lombes, dans les flancs et en haut des aines, accompagnées de céphalalgie et de fièvre. (*On appliqua alors 15 sangsues sur les lombes, puis des cataplasmes.*)

16 *et* 17 *avril.* — Les douleurs lombaires sont un peu

moins fortes, cependant la malade se remue difficilement et elle a été apportée à l'hôpital sur un brancard; pouls à 80, médiocrement développé; peau sèche; chaleur modérée; rien de notable pour le cœur et les poumons; céphalalgie frontale; langue humide, rosée sur les bords; enduit jaune-verdâtre dans son milieu; bouche pâteuse; salive non acide; haleine fétide, aigrelette; soif assez vive; inappétence; ventre souple, indolent; pas de vomissements ni de nausées; une seule selle, il y a deux jours, au moyen d'un lavement.

L'écoulement leucorrhéique continue, mais est peu abondant; l'examen de la vulve ne laisse apercevoir aucune trace d'ulcération ni d'inflammation; le col de l'utérus n'est pas douloureux. (*Ventouses scarif.* 3 *pal. lombes*; *catapl.*; *pot. gom. sir. diacode* 1 *once*; *viol. bourrache sir. gom.*; *diète.*)

18. — *Sang des ventouses*: d'une consistance médiocre; pas de couenne sur le cailllot.

Diminution de la douleur lombaire. (*Catapl. laudanisé*; 2 *bouillons*; 2 *potages.*)

Les jours suivants, les douleurs accidentelles des lombes se dissipent, et il ne reste qu'un peu d'écoulement leucorrhéique.

7 *mai.* — Sortie.

SECONDE CATÉGORIE.

Cas de phlegmasie d'origine non syphilitique.

1° *Vaginite chronique simple.*

OBSERVATION IV.

Salle des femmes, n. 2. — La nommée Villette, âgée de 24 ans, domestique, demeurant rue Belle-Chasse, 34, née à Laon (Aisne); malade depuis 3 semaines, entrée le 5 avril 1836, sortie le 7 avril 1836.

Diagnostic. — Leucorrhée chronique.

D'un tempérament bilioso-sanguin; d'une assez bonne constitution; à Paris depuis près de huit ans; elle est accouchée, six mois après y être arrivée, d'une fille à terme et bien portante; l'accouchement a été naturel; les lochies ont bien coulé pendant les deux premiers jours, après lesquels elle a été prise de douleurs dans le flanc gauche sans fièvre, sans envie de vomir, mais avec gêne de l'excrétion urinaire et de la défécation. (*On eut recours à une saignée, à une application de 25 sangsues et à des cataplasmes sur l'endroit douloureux.*) Au bout de deux mois elle put reprendre ses occupations; néanmoins depuis cette époque elle a éprouvé de la douleur dans le flanc et l'aine gauches toutes les fois qu'elle se fatiguait.

Deux mois après l'accouchement, les règles ont reparu et ont toujours continué depuis régulièrement; toutefois, pendant six ans et demi après l'accouchement, la malade a conservé une leucorrhée abondante (*la matière de l'écoulement était blanchâtre, peu épaisse*).

Il y a six mois, la douleur du flanc gauche est revenue

plus forte, sans cause connue. (*On fit une application de 30 sangsues; la malade prit 6 bains tièdes.*) Le soulagement fut prompt.

Il y a trois semaines, céphalalgie frontale très forte, nausées et vomissements bilieux; nouvelle douleur dans le flanc et la région lombaire gauches.

Il y a quinze jours, les règles ont paru, et ont duré six jours; elles ont été peu abondantes, séro-sanguinolentes.

3 *avril soir.* — Céphalalgie sus-orbitaire considérable; pourtour des paupières injecté; face rouge ainsi que les lèvres; la peau des autres parties du corps a sa couleur normale; elle offre une chaleur mordicante et sèche; pouls à 72; langue uniformément rouge, surtout à la pointe, où cette couleur est pointillée; envies de vomir hier soir; soif; inappétence; bouche amère; la pression détermine une douleur vive dans tout l'abdomen, mais surtout dans le flanc gauche et la région lombaire correspondante, où cependant on ne trouve aucune tumeur saillante (cette douleur s'irradie surtout dans l'aine gauche); ventre non tendu; urines normales; point de selle depuis trois jours (état habituel de constipation depuis huit jours); le *toucher* fait reconnaître la déviation à gauche et en arrière du col de la matrice, lequel est peu sensible, tandis que le corps de cet organe est au contraire très douloureux; du côté gauche l'ouverture du museau de tanche est légèrement entr'ouverte. (*Le soir du jour d'entrée, M. Montault prescrit une saignée de 3 palettes, et 15 sangsues sur le flanc gauche.*)

4 *avril.* — *Saignée d'hier* : Caillot de consistance ordinaire, sans couenne.

Ventre souple, flasque, à peine douloureux; point de tumeur sensible dans le flanc gauche; langue rosée, humide et nette; pouls à 72; la matrice ne fait aucune saillie dans l'hypogastre; la chaleur de la peau est moindre; la malade est un peu pâle, comme anémique (les sangsues ont beau-

coup coulé) ; point de bruit de diable dans les artères. (*Le 1/8 d'aliments, œuf.*)

5. — La malade se trouve mieux. (1/8 *d'aliments.*)

7. — Sortie. — Il reste encore un écoulement leucorrhéique.

2° *Métro-vaginite chronique.*

OBSERVATION V.

Salle des femmes, n. 7. — La nommée Hautecœur, âgée de 50 ans, couturière, demeurant rue Neuve-des-Petits-Champs, 45, née à Lille (Nord); malade depuis 2 ans 1/2, entrée le 21 juillet 1836, morte le 26 juillet 1836, à minuit.

Diagnostic. — **MÉTRITE CHRONIQUE**, *suivie d'affection carcinomateuse de l'utérus, avec fistule vésico-vaginale (destruction du col utérin).*

Anémie et bruit de diable.

Fille; d'une constitution délicate, nerveuse. Elle a eu deux enfants et a fait une fausse couche. Les accouchements ont été faciles, mais elle est restée malade à leur suite; elle a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de quarante-huit ans, qu'elle a cessé de l'être.

Elle dit avoir eu plusieurs inflammations du bas-ventre, dont elle a été traitée chez elle.

Il y a deux ans et demi, pertes en rouge à trois reprises dans l'espace d'un mois; depuis, elles sont revenues à des intervalles irréguliers.

Entrée à la Pitié il y a trois mois, elle y est restée douze jours. (*Des bains et des injections avec la ciguë ont été prescrits par M. Clément.*)

21 *et* 22 *juillet.* — Maigreur générale; teinte jaune-paille générale, mais surtout à la face; état cachectique; langue pâle, humide; lèvres décolorées; bouche amère; dégoût des boissons et des aliments; pas de nausées (la malade vomit quelquefois sa tisane, et en arrivant à l'hôpital aujourd'hui, elle a vomi un potage qu'elle avait pris

avant de venir); le ventre est généralement douloureux, même à une faible pression; on ne sent de tumeur dans aucune partie; coliques fréquentes avec sensation de chaleur; pas de selle depuis deux jours; la malade rend l'urine involontairement, et ce liquide se mêle avec le sang qui s'écoule presque continuellement par les parties génitales; douleur dans le bas des reins, dans les cuisses, les aines et la région du sacrum; *au toucher*, on trouve que le col utérin est entièrement détruit et remplacé par une excavation à surface inégale; paroi antérieure du vagin détruite dans une étendue suffisante pour avoir donné lieu à une perforation de la largeur d'une pièce de 5 francs, occupant la paroi inférieure de la vessie (de là l'écoulement incessant et involontaire d'urine mêlée à une matière sanieuse, fétide et sanguinolente); l'*introduction du speculum* a confirmé les données fournies par le toucher; la malade exhale l'odeur cancéreuse; défécation douloureuse et difficile; ni toux ni expectoration; résonnance de la poitrine et respiration bonnes; pouls à 80, faible; bruits du cœur normaux; peau d'une chaleur vive, sèche; sommeil difficile et interrompu à cause des douleurs dans le ventre; bruit de diable très fort dans la carotide droite sans bruit de souffle au cœur (état d'anémie); affaissement des veines extérieures. (*Tilleul-oranger sir. gom.*; *inject. pavots-morelle; bain de siége; lav. émoll.*; 2 *bouillons*; 2 *potages*; *biscuit et eau rougie.*)

26. — Hoquet; coliques, douleur atroce dans le bas-ventre, semblable à celle de la péritonite. (*Inject. avec ciguë; pot. sir. d'éther* 1 *once.*)

Mort dans la journée.

Autopsie cadavérique, 34 heures après la mort.

1° *Organ. génit.* — Destruction de la paroi vésico-vaginale, ou du bas-fond de la vessie dans l'étendue d'une pièce de 6 francs; les bords de cette perforation sont rouges,

fongueux, épais; perte de substance, de l'étendue d'une pièce de 5 francs, affectant la moitié antérieure de l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, dans la portion qui avoisinait la matrice; col utérin entièrement détruit; l'ulcération fongueuse qui l'avait rongé commençait à envahir la face interne de la matrice dans sa partie antérieure; dans le cul-de-sac recto-utérin, l'ulcération fongueuse de la matrice n'était séparée de la cavité du péritoine que par l'épaisseur de la séreuse péritonéale; dans la partie supérieure gauche du corps de la matrice, existait une tumeur grosse comme un marron, qu'on enlevait facilement par *énucléation*, d'un gris blanchâtre, assez dure à l'incision (*tumeur encéphaloïde non ramollie*); au milieu du corps de l'organe, il existait une autre tumeur plus petite, grosse comme une noisette, de même nature que la première.

1° *Org. circul., respirat. et digestifs.* — Poumons sains.

Un peu d'épaississement du bord libre des valvules mitrale et tricuspide, sans rétrécissement des orifices.

Canal intestinal sans notable altération.

OBSERVATION VI.

Salle des femmes, n. 13. — La nommée Gus, âgée de 32 ans, couturière, demeurant rue des Noyers, 10, née à Metz (Moselle); malade depuis 6 ans, entrée le 14 mai 1836, sortie le 24 mai 1836.

Diagnostic. — MÉTRITE CHRONIQUE, *siégeant surtout au col utérin. Tænia?*

D'une constitution délicate; d'un tempérament lymphatico-nerveux; cheveux d'un blond clair.

Elle dit avoir commencé à souffrir du tænia, et en avoir rendu pour la première fois, il y a six ans; la portion qu'elle rendit avait, à ce qu'elle prétend, 3 aunes. (On lui fit prendre alors des *bols purgatifs.*)

Il y a deux ans, elle rendit, pour la seconde fois, 1/2 aune environ de tænia, après avoir pris une *tablette purgative.*

Enfin, il y a trois mois, elle a rendu, pour la troisième fois, environ un pied d'un *tænia*, après avoir bu une tisane *anthelmintique qu'elle ne peut indiquer.*

Depuis un temps qu'elle ne peut bien déterminer, cette femme est atteinte d'une *maladie de matrice*, accompagnée d'un écoulement leucorrhéique.

14 *et* 15 *mai.* — Langue rouge, surtout au milieu, humide; soif assez intense; bouche pâteuse; faim augmentée et désir des acides; envies de vomir; vomissements trois à quatre fois par jour, et même la nuit, aqueux et glaireux; douleur continuelle dans la région de l'épigastre, augmentant un peu par la pression (le reste du ventre est souple et indolent); selles naturelles, ne contenant pas d'anneaux de tænia (depuis trois mois); rien de notable du côté de la respiration, non plus que du côté du cœur; pouls naturel; peau fraîche; frissons alternant quelquefois avec des bouffées de chaleur; amaigrissement qui a été en augmentant depuis six ans, mais surtout depuis trois mois.

Les règles ont paru aujourd'hui (elles durent ordinairement trois jours); entre les époques menstruelles, douleur dans le bas-ventre, dans le haut des cuisses, dans les reins, au-dessus de la hanche droite principalement, et sensation comme d'un poids dans la région hypogastrique; écoulement en blanc. (*Trois verres de décoction d'écorce de racine de grenadier sauvage*; 1/4 *d'aliments.*)

16. — La malade n'a rendu aucun fragment de ver. (*Nouvelle dose de décoction de racine de grenadier.*)

17. — Aucune portion de tænia n'est expulsée.

19. — *Huile de ricin*, 2 *onces dans* 1 *tasse de décoct. de pruneaux.*

20. — Rien de nouveau. — Les règles étant arrêtées, on pratique le toucher et on examine le col de l'utérus avec le speculum. Voici ce qu'on trouve : le col est un peu douloureux (surtout la lèvre postérieure); rougeur et ulcérations superficielles à la face interne de ce même col; éro-

sions qui semblent se propager dans l'intérieur de la cavité utérine; le corps de l'utérus est aussi douloureux au toucher.

On prescrit une décoction de fougère mâle qui n'a pas d'autres résultats que les anthelmintiques déjà employés.

Le 24 mai, la malade quitte l'hôpital, et on lui conseille d'entrer dans une salle de chirurgie pour son affection du col de l'utérus.

OBSERVATION VII.

Salle des femmes, n. 6. — La nommée Bernaville, âgée de 22 ans, femme de chambre, demeurant rue Pavée, née à Amiens (Somme); malade depuis 5 ans, entrée le 28 mai 1836, sortie le 16 juin 1836.

Diagnostic. — LEUCORRHÉE CHRONIQUE, *avec phlegmasie du col de l'utérus.*

D'une constitution de force moyenne, bilioso-sanguine; bien portante habituellement, et bien réglée depuis l'âge de onze ans et demi; à Paris depuis six ans.

Il y a cinq ans, flueurs blanches qu'elle a conservées depuis cette époque, sans douleurs du côté des organes générateurs; depuis trois ans, douleur et tiraillement d'estomac.

Elle attribue ses flueurs blanches à la fatigue.

Elle est accouchée heureusement il y a dix-huit mois; elle dit n'avoir jamais eu de maladie vénérienne; cependant, il y a deux ans, pendant deux mois, elle eut des rapports avec un homme qu'elle suppose avoir eu une affection syphilitique; elle n'a jamais fait de traitement pour sa maladie.

28 *et* 29 *mai.* — Par le toucher, l'inspection simple et avec le speculum, M. Montault reconnait les particularités suivantes : aucune trace d'affection syphilitique aux parties de la génération; écoulement blanc et légèrement jaunâtre très abondant dans l'intérieur du vagin; col utérin très rouge, gonflé, saignant par un frottement modéré, très

légèrement excorié dans quelques points. — Douleur aux reins et au creux de l'estomac.

Les règles auraient dû venir le 16 et ont manqué.

Pourtour de la bouche un peu jaune ; langue rosée, humide ; inappétence ; ni nausées ni vomissements ; tiraillements d'estomac ; constipation ; rien de particulier pour la respiration et la circulation ; la température de l'aisselle est à 35° ; sommeil bon. (*Lin-chiend. sir. gom.* ; *pot. sir. diac.* 1 *once* ; *inject. morelle et pavots* ; *catapl. sur le ventre* ; *bain chaud* ; 2 *t. bouillons* ; 2 *potages*.)

30 *et* 31. — L'écoulement leucorrhéique, assez abondant, tache un peu la chemise en blanc-jaunâtre ; bruit de diable très fort dans la carotide gauche ; point de souffle dans la région du cœur.

Les jours suivants, on porte au quart la dose des aliments.

13-14. — Constipation. (*Sulfate de soude* 1/2 *once dans un pot de petit-lait.*)

16 *juin.* — La malade sort fort soulagée.

OBSERVATION VIII.

Salle des femmes, n. 2. — La nommée Merle, âgée de 26 ans, pastilleuse, demeurant rue de la Tixeranderie, 14, née à Aurillac (Cantal) ; malade depuis une époque indéterminée, entrée le 20 juillet 1836, sortie le 29 juillet 1836.

Diagnostic. — LEUCORRHÉE CHRONIQUE, *avec inflammation chronique du col de l'utérus.*

Coliques, vomissements et dévoiement d'une date récente.

Brune ; d'une forte constitution ; bien réglée depuis l'âge de quatorze ans ; elle a fait deux fausses couches, l'une à six mois, l'autre à sept mois (il y a six ans de la dernière) ; à Paris depuis quatre ans.

Elle a des flueurs blanches habituelles depuis sa jeunesse ; elle dit avoir eu une maladie vénérienne l'an dernier.

Il y a huit jours, sans cause connue, douleur dans le

ventre, dans la tête et dans tous les membres. Elle a continué à travailler, si ce n'est pendant deux jours, à cause de la violence de la douleur. Vomissement et dévoiement depuis deux jours. (*Eau de gruau, bouillon et soupe.*)

20 *et* 21 *juillet.* — La céphalalgie n'existe plus; langue rosée, humide; bouche mauvaise; soif vive; inappétence; nausées et vomissement dans la nuit du 20 (il n'en existe pas le 20 et le 21 à la visite); ventre proéminent, surtout dans la région ombilicale; douleur à une pression même légère; deux selles liquides dans les vingt-quatre heures; point d'épanchement dans le ventre; respiration à l'état normal; pouls à 60, petit, faible; bruits du cœur normaux; un peu clairs; peau fraîche et moite; peu de sommeil à cause des douleurs, urine rouge, abondante, rendue facilement.

Fleurs blanches abondantes (les règles sont venues il y a huit jours et ont duré deux jours comme à l'ordinaire); le col de l'utérus est douloureux au toucher, chaud; la lèvre antérieure est très saillante, et offre quelques inégalités; examiné au *speculum*, le col est très rouge, très gonflé, parsemé d'ulcérations superficielles sur les bords du museau de tanche; l'intérieur du vagin et le col utérin sont recouverts d'une matière blanchâtre, liquide et épaisse; point de bruit de diable dans les carotides. (*Sol. sir. gros.*; *un pot de sérum*; *inject. émoll.*; *lavem. émoll.*; *bain tiède*; 2 *tasses de bouillon.*)

22. — Pouls à 48-52; soulagement. (*Chicorée sauvage et sérum*; *bain*; 1/8 *d'aliments.*)

29 *juillet.* — Sortie. La malade est soulagée sans être complétement guérie.

OBSERVATION IX.

Salle des femmes, n. 13. — La nommée Thévenot, âgée de 31 ans, journalière, demeurant rue de la Verrerie, 29, née à Moulins (Allier : malade depuis 2 ans ; entrée le 20 juillet 1836, sortie le 7 août 1836.

Diagnostic. — LEUCORRHÉE *avec inflammation chronique du col utérin. État cachectique.*

Mariée ; d'une constitution un peu délicate ; brune ; mère de quatre enfants dont elle est accouchée facilement ; à Paris depuis quatre ans.

Elle a souvent, dit-elle, des maux d'estomac et de reins ; elle est d'une santé habituellement chétive, mais surtout depuis deux ans qu'elle est accouchée pour la troisième fois à l'hôpital Saint-Louis. Le troisième jour de l'accouchement, la mort de son enfant lui *causa une révolution qui lui a, dit-elle, fait monter le lait à la tête, où elle a toujours souffert depuis* ; cependant elle est devenue grosse une quatrième fois, et elle est accouchée il y a deux mois et demi chez elle.

20 *et* 21. — Céphalalgie frontale et dans les tempes, avec exacerbations fréquentes ; point de sommeil depuis huit jours à cause de la violence de la douleur ; elle est venue à pied et facilement à l'hôpital ; vue intacte ; bourdonnements dans les oreilles ; langue rouge à la pointe et aux bords, blanchâtre à la base, humide ; *salive acide* ; point de mauvais goût à la bouche, point de soif ; inappétence ; nausées sans vomissements ; un peu de douleur à l'épigastre par la pression ; pas de selles depuis quinze jours ; la respiration est normale ; la malade a ses règles depuis la veille, et c'est la première fois qu'elles paraissent depuis son dernier accouchement.

Avant les règles, la malade souffrait dans les reins, les cuisses, et elle est atteinte d'un écoulement blanc entre

les époques menstruelles; demi-marasme; pouls à 80; chaleur modérée; visage pâle, un peu jaune; point de bruit de diable dans les carotides. (*Tilleul-oranger sir. gom.; bain de siége; pot. sir. diacode* 1 *once; lavem. émoll.;* 2 *tasses de bouillon.*)

22. — Pouls à 72; peau de chaleur naturelle; langue blanche et saburrale; les règles coulent encore; hier soir à sept heures, frisson pendant une demi-heure; chaleur la nuit sans sueurs.

26.—Les règles sont arrêtées d'hier. Le speculum fait reconnaitre que le col utérin est rouge, tuméfié, et parsemé de granulations rougeâtres occupant surtout la lèvre antérieure. (*Inject. narcotique; bain de siége;* 1/8 *d'aliments,* 1/2 *tasse de vin.*)

7 *août.* — Sortie. Soulagement.

OBSERVATION X.

Salle des femmes, n. 12. — La nommée Carré, âgée de 22 ans 1/2, ouvrière en linge, demeurant rue Corneille, 5, née à Saint-Aude (Seine-et-Marne); malade depuis plusieurs mois; entrée le 28 avril 1836, sortie le 17 mai 1836.

Diagnostic. — Leucorrhée *avec inflammation chronique de l'utérus.*

D'une constitution sanguine; à Paris depuis environ deux ans; jouissant alors d'une très bonne santé et bien réglée.

Il y a dix-huit mois, écoulement blanc par les parties génitales avec douleur aux cuisses, aux reins et aux seins.

Elle était accouchée, pour la première fois, quatre mois auparavant; pour les suites de cet accouchement, 25 *sangsues furent appliquées aux cuisses, et une saignée fut faite le lendemain.*

Il ne lui resta que l'écoulement blanc indiqué plus haut. Depuis environ quinze jours, l'écoulement a présenté une teinte blanc-rosé, et le visage a pris une couleur pâle. (*Une saignée a été pratiquée avant l'entrée.*)

28 *et* 29 *avril.*—Teinte jaune-pâle générale, mais surtout au visage; langue blanchâtre, pointillée de rouge sur ses bords; soif; inappétence; envie de vomir; ventre douloureux par la pression dans la région hypogastrique.

Les règles sont venues il y a dix jours, ont duré deux jours (elles en durent ordinairement cinq ou six); écoulement d'un blanc rosé par les parties génitales; douleur dans les reins et dans les parties externes de la génération; pesanteur sur le fondement en marchant; élancements et engourdissement dans le bout des seins; *le col de l'utérus est dur, tendu, très douloureux au toucher, ainsi que la portion voisine du corps; le speculum fait reconnaître que la lèvre antérieure du col est rouge, lisse, tuméfiée*; pouls à 72, dur et fort; peau chaude et sèche; bruits du cœur normaux; respiration naturelle; peu de sommeil. (15 *sangsues à la vulve; bain de siége; sol. sir. gom. et sol. sir. gros.*; 1/2 *lavem. guim. et pavots*; *foment. émoll.*; *diète.*)

30. — La malade s'est trouvée mal hier dans le bain après les sangsues; douleurs de reins diminuées; hypogastre moins tendu, souple, mais très douloureux encore, surtout à gauche; langue rosée, humide; pouls à 68; peau fraîche; pas de bruit de diable dans les carotides. (2 *tass. de bouill. de poulet; le reste idem, moins les sangsues.*)

2 *et* 3 *mai.* — Pouls à 56-60; la malade se trouve mieux. (1/8 *d'aliments.*)

Les jours suivants, l'état de la malade s'améliore graduellement, et elle sort le 17 mai.

CHAPITRE VII.

Phlegmasies chroniques des organes sécréteurs et excréteurs de l'urinè.

§ Ier.

Quelques réflexions préliminaires sur la maladie de Bright ou la néphrite albumineuse de M. Rayer, considérée dans ses rapports avec les hydropisies.

I.

Depuis quelques années, aux nombreuses causes d'hydropisie déjà admises une nouvelle a été ajoutée, savoir l'affection granuleuse des reins, décrite d'abord par M. Bright, dont elle porte le nom. Récemment cette affection a été désignée sous la dénomination de néphrite albumineuse par M. le docteur Rayer, qui a fait de si précieuses recherches et sur elle et sur les autres affections des reins en général. J'ai vainement, jusqu'ici, cherché dans les observations publiées sur la maladie de Bright, de solides raisons, des arguments irrésistibles en faveur de la doctrine qui regarde cette maladie comme une cause nouvelle d'hydropisie. En effet, dans l'immense majorité des cas, on trouve ailleurs que dans les reins des lésions au moyen desquelles on peut rendre un compte satisfaisant de l'hydropisie; et si, dans quelques observations, il n'est pas fait mention de ces lésions, on peut raisonnablement l'attribuer à ce que ces observations n'ont pas été recueillies avec toute l'exactitude nécessaire. Quant à moi, je déclare n'avoir jamais rencontré d'hydropisie qui pût être

certainement considérée comme un effet de la maladie de Bright, et cependant nous avons eu dans mon service des cas que d'habiles observateurs avaient placés parmi ceux qui déposaient en faveur de la nouvelle doctrine que nous discutons. Chez les sujets hydropiques qui ont succombé après avoir rendu des urines albumineuses, et chez lesquels on avait diagnostiqué la maladie de Bright, ou bien nous n'avons pas trouvé les caractères positifs de cette maladie, ou si nous les avons constatés, il existait, dans ces derniers cas, comme dans les précédents, soit dans le cœur, soit dans les gros vaisseaux, soit dans les membranes séreuses qui étaient le siége de collections séreuses, des lésions auxquelles on devait naturellement rattacher ces collections. Je me reproche même d'avoir quelquefois admis un peu trop légèrement l'existence de la maladie de Bright, et d'avoir ensuite trop négligé l'exploration de certains organes dont les affections avaient déterminé les hydropisies que nous avions à tort attribuées à la maladie de Bright. Parmi les cas de ce genre que je pourrais citer, je choisis le suivant, où l'on verra que nous méconnûmes une péricardite avec épanchement, ce qui, de notre part, est une des erreurs de diagnostic que nous avons le plus de peine à nous pardonner, et que, d'un autre côté, il n'existait pas dans les reins de lésions assez tranchées pour qu'on pût réellement y reconnaître la maladie de Bright, ou la néphrite albumineuse de M. Rayer.

II.

Salle des hommes, n. 3. — Le nommé Carbon, âgé de 49 ans, cultivateur, demeurant rue Aumer, 15, né à Auvert (Seine-et-Oise) : malade depuis 4 mois ; entré le 29 octobre 1836, mort le 28 novembre 1836.	*Diagnostic.* — MALADIE DE BRIGHT? PÉRITONITE CHRONIQUE? ASCITE ET ANASARQUE. *Péricardite chronique non diagnostiquée.*

Marié ; forte constitution ; bonne santé habituelle.

Il y a quatre mois, douleurs abdominales, courbature,

lassitudes, tremblement, sentiment d'étouffement. Un mois à six semaines après, enflure des jambes et du ventre (il dit que l'enflure du ventre et celle des jambes ont commencé en même temps). Douleur en avant et en bas du côté gauche de la poitrine, depuis quatre jours avant l'entrée.

Il a eu 60 sangsues à l'anus en trois fois; trois saignées en huit jours de temps.

Il ne sait à quoi attribuer sa maladie; il n'a jamais eu de rhumatisme ni de fièvres intermittentes.

29 *au soir.* — Langue rouge, humide; pas de soif; pas de vomissements; ventre volumineux et tendu; son mat et humorique dans l'hypogastre et les régions des flancs; son tympanique ailleurs; douleur par la pression à l'épigastre; le foie ne paraît pas déborder; constipation; urine rendue en petite quantité et rouge; peu de toux; douleur dans la partie inférieure du côté gauche de la poitrine; résonnance presque nulle dans les 2/3 inférieurs de la partie postérieure de ce côté; râle crépitant, sec, en arrière à gauche; à droite en arrière et en haut, respiration sonore, mêlée de râle crépitant à bulles rares, râle qui a lieu dans tout le côté; palpitations en montant et en marchant vite; la matité de la région du cœur est de 3 pouces environ transversalement et verticalement; bruits du cœur éloignés, secs, avec tintement métallique prononcé; pouls à 80-84, petit, régulier, médiocrement résistant; enflure des membres inférieurs qui a commencé par les malléoles; peau sèche et aride.

30 *à la visite.* — Battements du cœur à peine sensibles à la main; voussure légère dans la région précordiale; matité du cœur de 3 pouces 6 lignes verticalement et de 3 p. 6. l. transversalement; bruits du cœur lointains, sans souffle; dans la position assise, les bruits du cœur deviennent plus superficiels, et la matité n'est plus que de 3 pouces verticalement; le ventre est tendu comme une outre; les veines jugulaires sont gonflées (surtout la gauche).

L'urine est foncée en couleur, claire, acide, et précipite abondamment en blanc par l'acide nitrique.

Prescription. — *Saignée de 2 à 3 pal.; lin-chiend. sir. gom.; pot. gom. sir. de pointes d'asperges 2 onces; lavem. émoll.; bouillon, lait, crème de riz.*

31. — *Sang de la saignée:* — Sérosité claire, sans couenne; consistance ordinaire du caillot; sérosité donnant un précipité albumineux abondant par l'acide nitrique.

Fortes coliques depuis hier; point de selle; l'urine continue à précipiter des *flocons albumineux par l'acide nitrique. (Le 1/4 d'aliments.)*

1er *novembre. — Coliques fortes* cette nuit, occupant tout l'abdomen, mais surtout le côté gauche de cette cavité; l'urine est toujours albumineuse; le précipité blanc, albumineux, obtenu par l'acide nitrique, ressemble à celui qu'on détermine en traitant la sérosité du sang par l'acide indiqué (1).

2. — L'urine du matin, un peu rougeâtre, donne un précipité blanc par l'acide nitrique, précipité qui se dissout en grande partie par un excès d'ammoniaque. (*Catapl. laudan. 1/4 d'alim.*)

3. — Urines rendues en petite quantité; les jambes enflent davantage.

4. — Même état. (*Lin-chiend. nitré avec sir. des cinq racines; pot. oxym. scill. 2 onces; vin blanc nitré.*)

8. — Membre inférieur gauche beaucoup moins enflé que le droit.

9. — Même état.

10. — Urine du matin acide; douleur dans le ventre. (*Onguent mercuriel et cérat en frictions sur le ventre.*)

11. — Sept à huit selles cette nuit; membre inférieur droit toujours un peu plus gonflé que le gauche.

(1) Ce jour-là et les suivants, M. le docteur Tanquerel des Planches examina le malade, et reconnut l'existence d'une maladie de Bright. Nous avions aussi porté le même diagnostic, mais d'une manière moins positive, et nous soupçonnâmes l'existence d'une péritonite chronique.

19. — (*Trois pilules de 3 grains de calomel et de 1/4 grain d'opium.*)

25.— Commencement de salivation. (*Mercure suspendu.*)

28. — Pouls à 105, très petit; râle muqueux général. Mort à onze heures du matin.

Autopsie cadavérique, 23 heures après la mort.

Cavité abdom.—Environ quatre à cinq litres d'un liquide clair et un peu jaune, transparent, dans la cavité péritonéale. — Péritonite chronique de tout le péritoine viscéral et pariétal avec granulations blanchâtres sur toute la surface libre du péritoine et épaississement de cette membrane.

Foie compacte, laissant couler du sang noir en abondance quand on l'incise. La vésicule est distendue par une bile très liquide, de couleur de décoction de quinquina rouge faible.

La vessie ne contient pas d'urine; sa membrane interne est pâle, saine.

Le rein gauche est un peu plus volumineux que le droit; tous les deux ont leur substance corticale et tubuleuse rouge, injectée; la corticale paraît hypertrophiée. On remarque, tant à la surface que dans l'épaisseur de la substance corticale des reins, quelques taches ou granulations blanchâtres, grosses comme des grains de millet (d'après M. Rayer, qui a examiné les reins, ce sont là des tâches blanchâtres et non des granulations; il y a, selon lui, hypertrophie des glandules). En plusieurs endroits, le tissu du rein gauche, à l'extérieur, n'est pas aussi poli, aussi uni que dans l'état naturel.

2° *Cavité thorac.* — Un demi-verre de liquide transparent épanché dans la cavité pleurale droite; un litre environ à gauche.

Les deux poumons refoulés en haut, emphysémateux à leur bord antérieur, sont d'ailleurs sains, *sans tubercules.*

Le cœur offre un grand volume, ce qui tient en partie à des fausses membranes qui enveloppent cet organe de toutes parts; un demi-verre de sérosité jaunâtre et transparente existe dans la cavité du péricarde; les fausses membranes dont les deux feuillets du péricarde sont tapissés, offrent une disposition aréolée, chagrinée, une consistance d'albumine concrète et une couleur jaunâtre, analogue à celle de la graisse; le cœur ressemble assez exactement à une pomme de pin; un peu d'épaississement fibreux des valvules mitrale et tricuspide; rougeur vive des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'endocarde, rougeur qui ne paraît pas être cadavérique, car elle est plus marquée dans la partie la moins déclive; cette rougeur occupe toutes les valvules; les orifices sont bien conformes; les cavités du cœur sont plutôt diminuées qu'augmentées, comme si cet organe eût été comprimé par les fausses membranes et l'épanchement liquide.

Réflexions.

Certainement, si j'eusse été moins influencé par tout ce qui a été dit récemment par de savants confrères, dont l'autorité est pour moi d'un grands poids, et par l'assurance avec laquelle d'autres avaient diagnostiqué dans ce cas une maladie de Bright que pour notre compte nous n'avions que *conjecturée*; si, dis-je, j'eusse été moins influencé par ces considérations, j'aurais exploré plus attentivement le centre circulatoire, et j'aurais diagnostiqué la présence d'un épanchement dans le péricarde, en même temps que j'aurais reconnu d'une manière positive une péritonite chronique dont je ne fis qu'entrevoir l'existence.

III.

Quoi qu'il en soit, je résumerai en ces termes le résultat de mes observations sur la maladie de Bright :

1° Le diagnostic de cette maladie est encore enveloppé d'une profonde obscurité, car la présence de l'albumine dans les urines qui constitue une des données principales, disons plus, la donnée vraiment majeure de ce diagnostic, la présence de l'albumine, je le répète, a lieu dans des maladies autres que celle dont il s'agit (1).

2° Les hydropisies que l'on peut rencontrer chez les individus atteints de la maladie de Bright ne me paraissent pas avoir des rapports d'*effet à cause* avec cette maladie, quelle que soit d'ailleurs sa nature, question sur laquelle je ne possède pas assez de faits pour pouvoir en tenter la solution (2).

(1) J'ai fait de très nombreuses recherches sur ce point. Chez des individus atteints d'épanchements pleurétiques aigus et chez des sujets atteints de fièvre typhoïde, nous avons obtenu, par l'acide nitrique ainsi que par la chaleur, des précipités tout-à-fait semblables à ceux qui ont lieu dans la maladie dite de Bright. J'ajoute que, dans quelques cas où nous avions considéré ces précipités comme étant le résultat d'une maladie de Bright, nous n'avons pas la certitude que cette maladie existât réellement. C'est ainsi, par exemple, que dans le cas rapporté tout à l'heure, l'un de ceux où tous les assistants, et particulièrement M. le docteur Tanquerel des Planches, versé dans l'étude de la maladie de Bright, et doué d'ailleurs d'un talent d'observateur très distingué, reconnurent une sorte de type de l'urine albumineuse ; c'est ainsi, dis-je, que dans ce cas l'existence d'une maladie de Bright bien caractérisée n'est rien moins que démontrée, je pourrais dire rien moins que probable. Hier et aujourd'hui (6 et 7 août 1837), j'ai traité par l'acide nitrique les urines de deux malades, dont l'un est atteint d'un épanchement pleurétique et dont l'autre est affecté d'une anasarque et d'une ascite (rien n'annonce qu'il existe chez ce malade une maladie des reins) ; or, dans l'un et l'autre cas, elles ont abondamment précipité en flocons blancs.

(2) Je ne doute point, au reste, que la publication des belles recherches de M. Rayer ne fournisse les éléments nécessaires à cette solution.

§ II.

Relation de deux cas de phlegmasie chronique des organes sécréteurs et excréteurs de l'urine.

OBSERVATION I.

Salle des femmes, n. 2. — La nommée Lemaire, âgée de 28 ans, polisseuse sur nacre, demeurant rue du Grenier-Saint-Lazare, 23, née à Paris; malade depuis 12 ans, et depuis 10 jours surtout; entrée le 4 juin 1836, sortie le 1er juillet 1836.

Diagnostic. — GRAVELLE ET URINES PURULENTES *coïncidant vraisemblablement avec une néphrite chronique.*

MALADIE DE BRIGHT?

Mariée; d'une constitution de force moyenne, d'un tempérament sanguin-bilieux; réglée à dix-huit ans. Vers l'âge de quinze à seize ans, elle a, dit-elle, uriné du sang, et au fond des urines il y avait de temps en temps des graviers rouges. Elle resta un an sans consulter personne. Au bout d'un an, elle prit du vin antiscorbutique. Elle continua d'ailleurs à rendre des urines rougeâtres.

A dix-neuf ans, douleur dans le flanc gauche, vomissements, point de douleur en urinant. Elle entra à l'hôpital Cochin, et y resta quinze jours. (90 *sangsues en 3 fois sur le flanc gauche et ventouses scarifiées au même endroit*; *bains*; *frictions calmantes*, tel a été le traitement.) Elle sortit sans être guérie.

Il y a deux ans, elle passa trois semaines à l'Hôtel-Dieu pour un *embarras gastrique*, qui fut traité par l'ipécacuanha.

Il y a dix-huit mois, M. Lebreton a fait poser un cautère sur le flanc gauche et un autre au bras gauche.

Il y a dix jours, mal de tête; étouffements; augmentation de la douleur dans le flanc gauche; fièvre; urine, tantôt rouge et tantôt blanche; point de douleur en urinant,

Elle n'a bu que de la tisane de mauve avant d'entrer à l'hôpital.

Elle ignore la cause de sa maladie.

4 et 5 juin. — Douleur dans l'hypochondre et le flanc gauche et dans la région lombaire correspondante; pas de toux; la sonoréité du thorax ainsi que la respiration vésiculaire sont bonnes en avant et en arrière, des deux côtés; bruits du cœur normaux; pouls à 68-80, très petit, très faible; peau modérément chaude et sèche (température abdominale à 32°); taches d'un jaune pâle, hépatiques au-devant du sternum, à l'aine gauche et dans le dos; couleur jaunâtre au pourtour de la bouche; langue rosée à ses bords et à sa pointe, un peu blanchâtre à la base, humide; soif; inappétence; mauvais goût à la bouche; ni nausée ni vomissement; ventre mou, douloureux seulement, ainsi qu'il a été dit, dans le flanc gauche, et là où l'on ne sent aucune tumeur.

L'urine du 5, examinée trois à quatre heures après avoir été rendue, est généralement trouble, jaune-pâle, avec sédiment blanchâtre, semblable à de la sciure de bois; elle exhale l'odeur forte de pissat de cheval et rougit le papier bleu de Tournesol. (*Lin-chiendent sir. gom.*; *supprimer le cautère; bain chaud*; 1/8 *d'aliments maigres.*)

6. — Agitation nerveuse (la malade vient d'avoir une attaque de nerfs); l'urine, comme celle d'hier, offre une couche furfuracée au fond et est trouble (elle a été rendue une heure environ avant la visite); traitée par l'acide nitrique, elle fournit un précipité blanc abondant; par un excès d'acide, elle devient laiteuse.

7 *et* 8. — Urine toujours trouble, avec sédiment blanc au fond, donnant encore un dépôt blanc abondant par l'acide nitrique. (*Tisane d'uva-ursi.*)

9, 10 *et* 11. — L'urine est toujours trouble et comme purulente.

12 *et* 13. — Douleur et cuisson en urinant. — Beaucoup

de véritable *pus* dans l'urine. (*Vésicat. région lombaire gauche.*)

Du 15 *au* 20. — L'urine continue à être purulente, et il survient (le 19) une douleur dans la région du rein droit; point de fièvre. (*Emplâtre émétisé sur la région du rein gauche.*)

25. — Eruption pustuleuse, ombiliquée, semblable à celle de la petite vérole (suite de l'application de l'emplâtre stibié).

1er *juillet.* — Sortie. — L'urine est encore purulente.

OBSERVATION II.

Salle des hommes n. 22. — Le nommé Lavalette, âgé de 41 ans, cordonnier, demeurant rue Saint-Denis, 45, né à Genève (Suisse) : malade depuis 1 mois, entré le 26 juillet 1836, sorti pour passer en chirurgie, le 14 août 1836.

Diagnostic. — MALADIE ANCIENNE DES VOIES URINAIRES.

NÉPHRITE OU CYSTITE CHRONIQUE.

Tumeur abdominale de nature indéterminée.

Rétrécissement de l'urètre.

D'une forte constitution; brun; bonne santé habituelle.

Il y a six ans, difficulté à uriner, et, un peu avant, écoulement blennorrhagique qui dura deux mois et demi. Déjà, quatre à cinq ans avant, il avait eu un bubon à droite.

Il y a un mois, mal au ventre et aux reins; indisposition dont il ne connaît pas la cause.

26 *et* 27. — Langue large, humide, blanchâtre; peu de soif; appétit diminué; ni nausées ni vomissements; ventre généralement un peu douloureux pendant la marche, dans les mouvements et à une pression légère; foie et rate ne débordant pas; pas de selle depuis trois jours; douleur dans les régions lombaires; au-dessous et à gauche de l'ombilic, on sent une tumeur facile à déplacer, et qui paraît être en contact avec la colonne vertébrale; pouls à 52-56, régulier, peu développé; bruits du cœur normaux; peau de chaleur modérée; rien de particulier pour la respiration; sommeil assez bon.

L'urine du 26 (rendue depuis 10 à 12 heures) est trouble, d'une odeur de bouillon gâté; douleur dans l'urètre en urinant. (*Lin-chiend. sir. gom.*; *bain simple*; *lavem. émoll.*; 1/4 *d'alim.*)

28 *et* 29. — Pas de selle depuis cinq jours; — le malade est sondé et on trouve un rétrécissement de l'urètre. (*Bouillon aux herbes et huile de ricin* 2 *onces; eau de Sedlitz.*)

30. — Trois garderobes à la suite desquelles la tumeur nous a paru diminuée.

1er *août.* — La tumeur abdominale nous semble moins grosse.

14. — On fait passer le malade dans une salle de chirurgie pour y être traité de son rétrécissement. — La tumeur abdominale existe toujours.

SECONDE CLASSE.

NÉVROSES

OU

LÉSIONS DYNAMIQUES DU SYSTÈME NERVEUX.

Considérations préliminaires.

Une profonde et déplorable obscurité règne encore aujourd'hui sur divers points de l'histoire des maladies désignées sous le nom de *névroses*, c'est-à-dire des maladies qui consistent en des désordres des fonctions nerveuses, *indépendants de toute lésion appréciable des instruments ou organes de ces fonctions.* Depuis une vingtaine d'années que tant de lésions matérielles, jusque là ignorées, ont été constatées, soit dans les *solides*, soit dans les *liquides* du corps vivant, on a heureusement *réduit* le nombre des maladies, qui jusqu'alors avaient été considérées comme appartenant à la catégorie des névroses, telles que nous les avons définies. J'insiste ici sur les altérations des liquides, parce que, en effet, dans beaucoup de cas, c'est là réellement que réside le point de départ des névroses d'une foule d'organes telles qu'elles étaient admises par divers auteurs. Que de *désordres dans les fonctions du cerveau, du cœur, de la respiration, de la digestion, etc.* (1), ne remontent pas, par exem-

(1) Pinel définit ainsi les névroses : *Les névroses*, dit-il, *s'annoncent, soit par des* DÉSORDRES *des fonctions de l'entendement et de la contraction musculaire... soit par une sorte de stupeur générale avec des lésions plus ou moins marquées de la respiration et du mouvement du cœur et des artères.* (*Nos. phil.*, 6e édit., t. III, pag. 7.) Oui sans doute, les névroses s'annoncent ainsi. Mais dans combien de maladies vraiment *organiques*, ai

ple, à une modification dans la quantité ou dans les qualités du sang, ce prince des liquides! Dans combien de cas des palpitations du cœur, de la dyspnée, etc., ne reconnaissent-elles pas pour cause cet état du sang qui forme le fond, et pour ainsi dire le caractère anatomique principal de la chlorose! *Combien d'asthmes*, *d'apoplexies*, *d'aliénations mentales, de dyspepsies*, etc., ont jadis figuré dans la classe des névroses, qui, de nos jours, auraient trouvé leur place parmi les altérations que les hémorrhagies et les phlegmasies aiguës et chroniques, etc., entraînent à leur suite.

Quoi qu'il en soit, je m'empresse d'avouer, dès en commençant, que je ne prétends pas avoir évité toute espèce d'erreur dans la classification des cas que j'ai compris ici sous le titre de névroses. C'est ainsi, par exemple, que parmi nos cas de névralgies, quelques uns appartiennent probablement à la catégorie de ceux relatifs à l'inflammation des nerfs et du névrilème; c'est ainsi qu'une maladie du même genre peut avoir donné lieu à la paralysie de la septième paire de nerfs, dont nous rapporterons plus loin un cas, etc., etc. Que si j'eusse placé ces faits dans la classe des phlegmasies, on n'eût pas manqué de me reprocher de ne voir partout que ces maladies, et comme l'examen anatomique ne pouvait être invoqué à l'appui d'une semblable classification, ce reproche eût été, jusqu'à un certain point, fondé. J'ai cru qu'il était plus sage de prendre le parti que j'ai choisi.

Au reste, je le répète, je confesse franchement ici les doutes, l'embarras que j'ai éprouvés quand il s'est agi de classer les observations qui vont suivre. Je réclame donc toute l'indulgence des lecteurs.

guës ou chroniques, n'observe-t-on pas ces *désordres*, ces lésions? La question est de bien distinguer les cas, ou mieux les conditions diverses où l'on voit apparaître ainsi ces *désordres*, ces *lésions*: ce ne sont là que des effets dont il faut rechercher les différentes *causes*, et cette recherche, dans l'état actuel de la science, offre souvent de grandes et d'insurmontables difficultés.

En plaçant parmi les névroses les fièvres intermittentes (1), je ne prétends pas avoir fait une classification à l'abri de toute objection. Je suis bien disposé à l'abandonner aussitôt qu'on m'en aura démontré le vice. Mais, quant à présent, je n'ai pu leur trouver une place plus convenable, et c'est là mon excuse.

Certaines affections dites nerveuses, de divers organes, et du cœur en particulier, se rencontrent chez des individus atteints d'un état chlorotique ou anémique. J'ai réservé les cas complexes dont il s'agit pour la classe que nous avons consacrée à ces derniers états; or, ces cas ainsi mis de côté, il ne nous en est plus resté pour être placés ici.

Quelque variables que soient les maladies désignées par le nom de *névroses*, sous le rapport de leur siége et des fonctions nerveuses lésées, toutes se réduisent à quatre grands modes, savoir; 1° l'augmentation; 2° la diminution; 3° la perversion, la dépravation; 4° le désordre, le déréglement, l'ataxie de ces fonctions; modes que l'on pourrait désigner sous les noms d'*hypernervie*, d'*hyponervie*, d'*hétéronervie et* d'*ataxonervie* (2).

(1) C'est parmi les névroses *actives*, bien-entendu, que je les place. On dira peut-être qu'en raison de ce qu'elles se développent, sinon constamment, du moins le plus souvent, sous l'influence d'émanations marécageuses, elles auraient été plus convenablement classées parmi les empoisonnements miasmatiques. Je sais apprécier à toute sa valeur l'élément *étiologique* dont il s'agit, et sans doute le sang qui reçoit probablement la première impression de ces agents est le siége d'une lésion qui doit être prise en sérieuse considération. Toutefois, envisagées sous le double point de vue de leurs symptômes ou de leurs *phénomènes* et de leur marche, les fièvres intermittentes me semblent, quant à présent, et si l'on veut provisoirement, pouvoir être rapprochées des *excitations nerveuses intermittentes* et en constituer une importante famille.

(2) Ces deux derniers modes ne sont peut-être pas aussi généraux que les deux premiers. C'est à eux seulement qu'on peut néanmoins rapporter certains délires dits nerveux, certains *goûts dépravés*, certains mouvements déréglés, désordonnés, etc.

PREMIÈRE DIVISION.

NÉVROSES DU SYSTÈME CÉRÉBRO-SPINAL.

CHAPITRE PREMIER.

Névroses des nerfs du sentiment et du mouvement.

OBSERVATION I.

Salle des hommes, n. 19. — Le nommé Ravier, âgé de 45 ans, domestique, arrivant de Montbourf (Loiret) ; né à Paris ; malade depuis 6 semaines ; entré le 16 juin 1836, sorti le 19 juin 1836.

Diagnostic. — SCIATIQUE RHUMATISMALE.

D'une constitution forte, sanguine ; bonne santé habituelle.

Il y a deux ans, douleurs rhumatismales *dans les reins* ; douleurs qui se dissipaient au bout de quelques heures par de simples frictions.

Il y a trois mois, les mêmes douleurs ont reparu dans la même région.

Il y a six semaines, douleur occupant la hanche et la face externe et postérieure du membre inférieur gauche ; douleur qui a duré pendant huit jours sans discontinuer. La douleur a diminué au bout de ces huit jours, mais elle est revenue ensuite à divers intervalles et surtout pendant les changements de temps ; trois semaines après l'invasion, la douleur s'est étendue du jarret à la plante du pied. Le malade dit avoir eu la fièvre pendant les huit premiers jours.

Le deuxième jour de l'invasion, saignée du bras; bouteilles d'eau chaude sur le membre.

La maladie ayant résisté à ces moyens, le malade a pris le parti de venir se faire traiter à Paris.

Au commencement de la maladie, il habitait un endroit froid et humide; il dit de plus qu'il est souvent exposé à se refroidir après avoir eu chaud.

16 *et* 17 *juin.* — Douleur dilacérante, plus forte par intervalles, s'étendant de l'échancrure ischiatique gauche jusqu'au jarret, et de là à la plante du pied correspondant; le malade traîne un peu la jambe en marchant; la douleur augmente dans la fatigue et les changements de temps; point de changement dans la couleur de la peau ni dans le volume du membre; point de douleur ailleurs; rien de particulier pour la digestion, la respiration et la circulation; point de fièvre; peau modérément chaude et moite; bon sommeil. (*Vent. scarif. partie post. de la cuisse*, 3 *à* 4 *pal.; catapl. laudan.; bain de vapeur*; 2 *pil. extr. opium*; *viol. guim. sir. gom.;* 1/8 *d'alim.*)

18.—Mieux : le malade a marché hier avec facilité.

Le sang des ventouses est normal. (*Bain de vapeur;* 1/4 *d'alim.*)

19. — Sortie. — Le malade ne souffre plus.

OBSERVATION II

Salle des hommes, n. 26. — Le nommé Leblond, âgé de 35 ans, professeur de français, demeurant rue de Malte, 7, né à Harbonnières (Somme); malade depuis 6 semaines : entré le 26 avril 1836, sorti le 27 avril 1836.	*Diagnostic.* — SCIATIQUE DROITE?

D'une constitution de force moyenne, nerveux; maigre depuis quatre à cinq ans (jusque là, il était, dit-il, d'un embonpoint considérable). Pendant dix ans qu'il a été

commis négociant, il a fait des excès de boissons et avec les femmes. Obligé, il y a un an, de travailler à un métier à faire des bas, ce changement d'état lui a causé des chagrins.

Il y a quatre ou cinq mois, douleur légère dans l'épaule droite (il ne sait pas combien elle a duré au juste).

Il ajoute qu'à cette époque il a travaillé dans une fabrique de ouate de coton, et qu'il a été exposé à des courants d'air. Cette douleur est revenue il y a environ six semaines et a persisté à un degré modéré; à la même époque, douleur dans la hanche droite, qui, au bout de quelque temps, s'est propagée dans la cuisse jusqu'au genou. (20 *sangsues sur la hanche droite; frictions excitantes sur la hanche et la cuisse*; 3 *fumigations aromatiques.*)

26 *avril soir.* — Douleur en dehors de la hanche droite, se propageant le long de la cuisse, suivant le trajet du nerf sciatique; le moindre contact de la main, sur l'endroit douloureux de la cuisse, excite des douleurs vives, et il existe une exaltation générale de la sensibilité de la peau. Pas de douleur ailleurs, au dire du malade; point de sommeil ni jour ni nuit depuis un mois (cette exagération, les réponses vagues du malade sur plusieurs autres points, nous ont fait considérer les détails donnés par le sujet comme peu exacts).

Teint pâle; langue rosée, humide, un peu chargée dans le milieu; pas de soif; digestion mauvaise et difficile; quelquefois vomissement des substances ingérées, mêlées de matières filantes et glaireuses; ni constipation, ni toux, ni expectoration; respiration naturelle; pouls très petit, foible, à 80; peau sèche, sans chaleur anormale, rien au cœur. (*Large vésicat. à la hanche droite; lav. laudan.*)

27. — Le malade quitte l'hôpital, la douleur étant légère et ne l'empêchant pas de marcher.

OBSERVATION III.

Salle des hommes, n. 7. — Le nommé Saget, âgé de 25 ans, maître d'études, demeurant rue du Four-Saint-Germain, 26, né à Cambrener (Calvados); malade depuis 22 mois; entré le 15 juillet 1836, sorti le 16 juillet 1836.

Diagnostic. — CÉPHALALGIE RHUMATISMALE ?

D'une haute stature; d'une constitution forte, un peu lymphatique; peau fine, mince et blanche; bonne santé habituelle.

A Paris depuis quatre à cinq ans.

Au bout de quinze jours de son séjour à Paris, il a eu une fièvre intermittente tierce, qui a duré environ un mois, et a été coupée par le sulfate de quinine.

Il y a deux ans, mal à la tête, dans la région frontale surtout, sans trouble de l'intelligence, ni des sensations, ni des mouvements. Il a pris des bains de pied, et seize mois après il est entré à l'Hôtel-Dieu (service de M. Jadioux), où il est resté deux mois et demi (*vésicatoires aux tempes, derrière les oreilles, et un séton à la nuque*). Il est sorti soulagé.

Trois semaines après sa sortie, retour du mal de tête, à un degré moins violent.

Il a été pris de céphalalgie pour la première fois (il y a vingt-deux mois), après avoir été mouillé par une pluie d'orage, et sans avoir pu changer de vêtements; il avait chaud au moment où il reçut la pluie.

15 *juillet* 1836. — Douleur peu intense actuellement, fixée tantôt à la partie antérieure, tantôt à la partie postérieure et supérieure de la tête, plus forte par intervalles, avec sensation de battements dans la tête; étourdissements tous les jours; point de dérangement dans les idées, lors même que la douleur se fait le plus vivement sentir; yeux un peu

rouges et vue affaiblie; pupilles un peu dilatées; ouïe intacte des deux côtés; bourdonnements dans les oreilles au plus fort de la douleur; odorat et gustation intacts; faiblesse dans les jambes en marchant, de telle sorte que quelquefois le malade est obligé de s'arrêter et de s'asseoir; la peau de la face interne des jambes paraît un peu moins sensible au pincement que celle des mains et des bras; peu ou point de sommeil à cause des douleurs de tête; langue rosée, humide; bon appétit; soif assez vive; ni nausées ni vomissements; ventre souple, indolent; respiration normale; pouls à 60; régulier, fort, assez développé; peau modérément chaude et sèche; émission de l'urine facile.

Cette maladie ne présentant aucun caractère grave, le malade sort de l'hôpital le lendemain de son entrée.

OBSERVATION IV.

Salle des hommes, n. 1 — Le nommé Avis, âgé de 31 ans, broyeur de couleurs, demeurant rue des Deux-Ponts, 33, né à Ensey (Manche); malade depuis 1 jour, entré le 11 août 1836, sorti le 12 août 1836.

Diagnostic. — CÉPHALALGIE GÉNÉRALE, MAIS SURTOUT SINCIPITALE.

11 *août soir.* — Céphalalgie générale, mais plus prononcée à la région sincipitale; pas de tintements d'oreilles; pas d'éblouissements, ni de tournoiements de tête; point de douleur dans les membres; peu de sommeil dans la nuit; langue d'un rouge foncé et humide; soif vive; peu d'appétit; bouche amère; ni nausées, ni vomissements; salive un peu acide; ventre souple, indolent; selles naturelles; pouls à 75-80; assez fort, développé; bruits du cœur normaux; peau modérément chaude et sèche; point de douleur dans la poitrine; rien de particulier pour la résonnance de cette cavité et le murmure respiratoire.

Le malade attribue sa maladie à ce qu'il est resté exposé au soleil pendant toute la journée d'hier.

12. — Le sujet étant trop légèrement malade pour rester à l'hôpital, on lui donne son exeat

OBSERVATION V.

Salle des femmes, n. 1. — La nommée Guilbert, âgée de 31 ans, blanchisseuse, demeurant rue du Faubourg-Saint-Martin, 197, née à Villequier (Seine-Inférieure); malade depuis 6 mois; entrée le 6 juillet 1836, sortie le 29 juillet 1836.

Diagnostic. — CÉPHALALGIE ANCIENNE, *affectant la forme névralgique.*

Mariée; d'une chétive constitution; pâle, blonde; réglée depuis douze ans, assez irrégulièrement dans ces derniers temps; à Paris depuis sept ans; bien portante habituellement.

Il y a six mois, sans autre cause connue que des chagrins, et la circonstance de travailler en plein air, mal de tête et fourmillement dans la joue droite (la douleur a diminué d'abord pour augmenter ensuite).

Il y a trois mois, elle est restée pendant un mois dans le service de M. Rostan. (On lui a appliqué 40 sangsues en deux fois derrière la tête, et un vésicatoire à la nuque; 4 saignées du bras ont, dit-elle, été pratiquées; elle dit aussi avoir été purgée et avoir pris des pilules; enfin des affusions froides sur la tête.)

Elle est sortie un peu soulagée, mais les douleurs ont ensuite reparu avec la même intensité qu'au moment de son entrée.

16 *juillet soir.* — Céphalalgie peu intense; fixée à la partie sincipitale et occipitale, continue, mais avec redoublement la nuit et dans la matinée: la malade éprouve, dit-elle, quelquefois des étourdissements, ainsi que de la perte de connaissance (il y a dix jours que cela lui est arrivé pour la dernière fois); point de bourdonnements dans

les oreilles (il en existait il y a deux mois); vue intacte; la progression est difficile, et la malade chancelle quelquefois; sa tête ne peut être maintenue dans l'état de rectitude : elle reste fléchie sur le devant de la poitrine ; plusieurs fois dans la journée, et en même temps que la douleur de la tête se fait le plus vivement sentir, la malade éprouve des picotements semblables à des piqûres d'épingle dans toute l'étendue de la joue droite ; peu de sommeil à cause des douleurs; langue rosée, humide; soif vive ; appétit conservé, excepté pendant les fortes douleurs; ni nausées, ni vomissements dans l'état actuel; rien de particulier pour le reste des fonctions digestives, non plus que pour la respiration ; bruits du cœur normaux; pouls régulier, à 65, peu développé ; point de bruit de diable dans les carotides.

La malade a ses règles depuis cinq jours (elles en durent ordinairement huit), et elles coulent moins qu'à l'ordinaire; elles ont paru deux fois dans le mois dernier; point de flueurs blanches dans l'intervalle des règles.

17. — Même état qu'hier soir. (*Till.-oranger édulc.; pot. sulf. quinine gr.* 10 ; *lav. huileux ;* 1/8 *d'alim.*)

18. — On applique un vésicatoire à la nuque, et on prescrit un grain d'hydrochlorate de morphine pour le pansement.

20. — Depuis hier soir à huit heures, la malade a éprouvé beaucoup de mieux; elle a bien dormi.

22. — Insomnie ; douleurs vives et exacerbantes dans la partie postérieure et supérieure de la tête, qui reste fléchie sur le sternum ; pouls à 76-80 ; pas d'appétit.

23. — Un peu de mieux.

25. — Les douleurs de tête sont intermittentes, et paraissent principalement le soir et la nuit. (*On continue le sulfate de quinine, et le pansement avec l'hydrochlorate de morphine.*)

26 *et* 27. — Cessation des douleurs.

28. — Mouvement de la tête facile ; retour du sommeil et de l'appétit.

29. — Sortie. — Il existe aujourd'hui un peu de douleur à la partie postérieure de la tête ; mais la malade remue facilement cette partie.

OBSERVATION VI.

Salle des hommes, n. 19. — Le nommé Perrin, âgé de 23 ans, terrassier, demeurant barrière Mousseaux, 94, né à Sermiralle (Yonne); malade depuis 3 jours ; entré le 2 mai 1836, sorti le 8 mai 1836.

Diagnostic. — PLEURODYNIE *et légère bronchite*

Brun ; d'un assez forte constitution ; d'un tempérament sanguin ; bien portant ordinairement (il a eu, l'année dernière au mois d'août, une fièvre tierce qui a duré vingt et un jours, et dont il a été traité à l'Hôtel-Dieu).

Depuis une quinzaine de jours, ce jeune homme était *enrhumé*, lorsque, le 29 de ce mois, il ressentit une douleur subite au-dessus et un peu en dehors du sein gauche ; douleur qui a été en augmentant jusqu'à ce jour, et que le malade attribue aux efforts qu'il a faits en travaillant aux fondements d'une maison, ou bien encore, dit-il, à ce qu'il a pu se refroidir après qu'il a eu chaud. Cette douleur n'a point été accompagnée de fièvre, et n'a pas empêché le malade de travailler pendant les deux premiers jours. Le troisième, il n'a pu continuer son travail, et il est entré à l'hôpital.

2 *mai soir, et* 3 *mai à la visite.* — Crachats peu abondants, muqueux ; résonnance de la poitrine bonne des deux côtés, en avant et en arrière, même dans le point où le malade dit éprouver de la douleur, c'est-à-dire à un pouce à peu près en dehors du sein gauche ; cette douleur, au dire du malade, augmente dans le décubitus sur le côté gauche, dans la toux, l'inspiration forte et à la pression de la main ; le murmure respiratoire s'entend, parfaitement clair et pur, dans toute l'étendue de la poitrine ; respiration libre, à 20;

pouls à 60, régulier, médiocrement développé; état normal du cœur; langue humide, un peu jaunâtre; pas de mauvais goût à la bouche; pas de soif, appétit; ventre souple, indolent; pas de dévoiement; sommeil tranquille. (*Vent. scarif. 2 à 3 pal. à l'endroit douloureux; catapl.; viol. guim. sir. gom.; lav. huileux; gilet de flanelle; 1 tasse de lait; 2 bouillons; 1 crème de riz.*)

4. — Douleur seulement en toussant; sommeil bon.

Sang des ventouses: — Quelques rondelles à demi-diffluentes. (*Catapl. côté; 1/8 œuf.*)

5. — Nulle douleur, même en toussant.

8. — Sortie.

OBSERVATION VII.

Salle des hommes, n. 2. — Le nommé Capdevieille, âgé de 23 ans, coutellier, demeurant passage Vivienne, 58, né à Lourthe (Hautes-Pyrénées); malade depuis 4 jours, entré le 25 mai 1836, sorti le 29 mai 1836.

Diagnostic. — DOULEUR VERS LA RÉGION DES CARTILAGES DES DERNIÈRES FAUSSES-CÔTES GAUCHES.

Pleurodynie.

D'une assez forte constitution; brun; bien portant habituellement.

Il y a quatre jours (samedi dernier, à six heures du soir), après avoir eu chaud et froid, frisson suivi de chaleur et de douleur vers les dernières fausses-côtes gauches; toux sans crachement de sang; céphalalgie. Le malade est, dit-il, resté couché depuis le samedi jusqu'au mardi. Le mardi, il s'est levé, a voulu travailler, mais il a été obligé de cesser; et il est venu à l'hôpital le lendemain.

Nul traitement avant l'entrée.

25 *mai soir, et* 26 *au matin.*—Décubitus indifféremment à droite, à gauche, ou sur le dos; douleur vive au niveau des dernières fausses-côtes gauches; point d'expectoration; un peu de toux qui augmente la douleur; peau de chaleur modé-

rée; langue rosée, humide; soif, inappétence; ni nausées ni vomissements; respiration non gênée (à 24); résonnance et respiration bonnes partout; pouls à 52. (*Catapl. laudanisé côté douloureux*; 2 *pil. extr. gomm. d'opium*; *viol. sir. gom.*; 2 *tass. bouill.*; *pruneaux.*)

27. — Pouls à 48-52; bon appétit; douleur moindre. (1/8 *œuf*; 1/2 *t. vin.*)

29. — Guérison; sortie.

OBSERVATION VIII.

Salle des hommes, n. 1. — Le nommé Breton, âgé de 23 ans, garçon charcutier, demeurant rue de la Verrerie, 51, né à Ribeyni (Seine-Inférieure); malade depuis 1 mois pour la paralysie, et depuis 2 mois pour l'otite; entré le 22 juin 1836, sorti le 11 août 1836.

Diagnostic. — PARALYSIE RHUMATISMALE DE LA 7e PAIRE DE NERFS DU CÔTÉ GAUCHE, ET OTITE ANTÉCÉDENTE.

D'une faible constitution; d'un tempérament lymphatique; depuis l'âge de quinze ans, à diverses reprises, douleurs rhumatismales dans plusieurs régions du corps, et spécialement dans les membres supérieurs, à la suite d'alternatives de chaud et de froid.

Il y a deux mois, tintement, douleur de l'oreille gauche, sans écoulement; au bout d'une quinzaine de jours, surdité complète de ce côté; quinze jours environ plus tard, le malade s'aperçut qu'en buvant il laissait tomber du liquide, et que sa bouche était tirée à droite; il remarqua aussi que l'œil restait ouvert; les tintements de l'oreille gauche ont continué.

Environ deux mois avant d'avoir eu le mal d'oreille, il avait éprouvé une douleur dans le bras droit, et cette douleur cessa d'elle-même à l'apparition de l'otite.

Le malade a mis du coton imbibé d'huile dans le conduit auditif externe pendant quinze à vingt jours; il y a mis en-

suite du LARD pendant une quinzaine de jours; il est allé plus tard à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. M. Biett l'adressa à M. le docteur Montault, qui a eu occasion de voir beaucoup de cas de ce genre.

22 et 23 juin. — Immobilité de la peau du front et du sourcil gauche; l'ouverture oculaire de ce côté est agrandie par l'abaissement de la paupière inférieure; lorsque le malade veut fermer les yeux, celui du côté gauche reste à découvert, par le défaut de contraction du muscle orbiculaire; vue intacte à gauche; épiphora de ce côté; conjonctive sensible au contact d'un agent extérieur (globe oculaire tourné en haut et en dedans pendant le sommeil); odorat conservé; la narine gauche se dilate moins que la droite; langue non déviée; goût intact des deux côtés; dans l'action de souffler, la joue gauche se laisse distendre et laisse échapper l'air; dans l'action de grimacer, les muscles du côté gauche de la face sont impassibles; impossibilité de siffler; difficulté dans l'articulation des sons et dans la mastication des aliments, qui restent entre l'arcade dentaire et la joue gauche; sensibilité cutanée intacte à gauche et à droite; douleur, par intervalles seulement, dans l'oreille gauche; point d'otorrhée; point de tumeur dans le conduit auditif gauche, dont la capacité est un peu moindre que celle du droit; douleurs et battements par intervalle dans la tempe gauche et dans la région parotidienne; étourdissements, surtout le matin en se levant; bon sommeil; pas de douleurs dans les membres; peu d'appétit; selles naturelles. (30 *sangsues derrière et au-dessous de l'oreille gauche*; *bain de vapeur*; *pot. sir. diac. une once; bourr. viol. édulc.*; 1/8 *d'alim.*)

24. — La moitié des sangsues seulement a pris. (*Vent. scarif. derrière l'oreille gauche* 2 *pal.*)

25. — Paupière supérieure gauche un peu plus rapprochée de l'inférieure dans les efforts pour contracter le muscle orbiculaire; sommeil tranquille; parole un peu plus facile. (*Vésicat. sous l'oreille gauche*; 1/8 *d'alim.*)

26. — L'œil gauche se ferme encore mieux; un peu moins de douleur dans l'oreille gauche, où le malade sent toujours des bourdonnements; peau du front immobile à gauche. (1/4 *gr. strychnine sur le vésicat.*)

27. — Côté gauche de la bouche un peu moins flasque; les paupières gauches se rapprochent un peu mieux encore.

28. — Bouche un peu moins déviée; l'œil se ferme toujours mieux.

1er *juillet.* — Rougeur *pénicellée*, comme dans le ptérygion, à la partie externe de la cornée, sans doute parce que cette partie reste continuellement exposée au contact de l'air.

4. — Même état. (*Empl. stibié gr.* 12 *derrière l'oreille et dans le voisinage.*)

6. — On enlève l'emplâtre stibié, qui a produit une éruption de belles pustules ombiliquées, comme celles de la variole.

8. — Le malade retient mieux l'air en soufflant.

9. — Même état. (2 *pil. de* 1/8 *de gr. de strychnine.*)

14. — Quelques secousses douloureuses vers l'oreille.

19. — Il y a un peu de mieux. (3 *pilules de* 1/4 *de gr. de strychnine.*)

26. — Même état pour la paralysie; cessation du bourdonnement dans les oreilles. (*On continue la strychnine.*)

11 *août.* — Sortie. — La guérison n'est pas complète.

OBSERVATION IX.

Salle des hommes, n. 2. — Le nommé Dumaine, âgé de 35 ans, coiffeur, demeurant rue Neuve-Coquenard, 17, né à Cholet (Maine-et-Loire); malade depuis 2 ans environ, entré le 10 août 1836, sorti le 11 août 1836.	*Diagnostic.* — GASTRALGIE CHRONIQUE.

Marié; d'une constitution de force moyenne; brun, nerveux; à Paris depuis seize ans.

Il y a deux ans, il fut admis à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Landry) pour une maladie qu'il ne peut bien caractériser (on lui appliqua un vésicatoire à l'épigastre).

10 *août soir.*—Langue d'un rose pâle, humide; peu de soif; point d'appétit; bouche mauvaise; nausées sans vomissements; salive non acide; *douleur continue à l'épigastre*, augmentant par la pression; le foie et la rate ne débordent pas; point de selles depuis deux jours; pouls à 84, régulier, médiocrement développé; bruits du cœur avec tintement auriculo-métallique très prononcé, d'ailleurs normaux; palpitations fortes dans les émotions morales vives; rien d'anormal pour la respiration; peau de chaleur modérée; point ou peu de sommeil à cause de la douleur de l'estomac; exaltation de la sensibilité générale; intelligence intacte, si ce n'est que le malade exagère, à la manière des hypochondriaques, les différentes sensations qu'il éprouve. Le lendemain de l'entrée, la maladie ne nous paraissant avoir rien de sérieux, et étant du genre de celles qu'on ne guérit guère complétement à l'hôpital, on signa l'exeat du malade.

OBSERVATION X.

Salle des hommes, n. 25. — Le nommé Leboint, âgé de 20 ans, peintre en voitures, demeurant Petite rue du Bac, 11, né à Saint Brieuc (Côtes-du-Nord); malade depuis 1 mois; entré le 25 avril 1836, sorti le 30 avril 1836.

Diagnostic.—COLIQUE DE PLOMB(1).

D'une forte constitution; sanguin; à Paris depuis l'âge de deux ans; peintre en voitures depuis trois ans; toujours bien

(1) En plaçant ici parmi les névroses la colique de plomb et autres affections saturnines, je ne prétends pas assurément nier la *spécificité* de ces maladies, et je pense qu'elles constituent une lésion complexe qui mérite d'être étudiée à part. Toutefois, il est incontestable qu'il y a dans cette lésion un élément *nerveux*, et sous ce point de vue, j'ai pu,

portant, si ce n'est que, depuis trois ans, trois fois déjà il a eu la colique saturnine. (*Il a été chaque fois traité à la Charité dans le service de M. Lerminier.*)

Il y a un mois, pour la quatrième fois, il a été atteint de la colique de plomb ; il est entré à l'Hôtel-Dieu (service de M. Récamier) au bout de cinq jours de maladie (on l'a traité, dit-il, par des *lavements purgatifs et laudanisés, des cataplasmes laudanisés*; *l'huile de ricin administrée par la bouche, et des pilules d'huile de croton-tiglium*).

Au bout de huit jours, il est sorti soulagé, et a recommencé à travailler depuis le 2 de ce mois jusqu'à la veille de son entrée; mais depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, le mal a toujours été en augmentant, surtout depuis trois jours.

23 *avril.* — Face rouge, animée; point de mal à la tête; langue blanchâtre, humide; soif intense, inappétence; nausées, et depuis ce matin, trois vomissements de bile verdâtre; ventre assez souple, peu rétracté; douleurs violentes, surtout autour de l'ombilic, *semblables à la sensation que produirait le pincement des intestins avec des tenailles,* diminuant lorsque le malade se couche sur le ventre; la pression du ventre ne détermine un peu de douleur que dans le flanc gauche; pas de garde-robe depuis trois jours; difficulté à uriner; pouls fort et développé, à 56-60; peau chaude et sèche; respiration libre, à 24; lassitude générale. (*Lav. purgatif; potion d'infusion de séné 6 onces avec sulfate de magnésie demi-once.*)

à l'instar de quelques autres nosologistes, mettre au rang des névroses les affections qui nous occupent. Je m'en tiens à cette simple remarque, n'ayant pas l'intention d'exposer amplement ici l'opinion que je me suis formée sur les affections saturnines en général. J'ajouterai que, même en tant que névroses, les affections saturnines conservent toujours leur caractère de *spécificité*, et qu'elles sont encore d'autant plus difficiles à classer, que les phénomènes nerveux auxquels elles donnent lieu consistent à la fois et en une *augmentation* de la sensibilité (*coliques*) et en une *diminution* de la contractilité (paralysie de différentes parties, telles que les mains, les avant-bras, etc.).

24. — Peu de changement. (2 *goutt. d'huile de croton-tiglium dans une tasse de bouillon aux herbes; lav. purg. avec séné et sulf. de soude; fom. émol. ventre; bain pour demain; limon. citr.; diète.*)

25.—Point de garde-robe; les douleurs continuent. (3 *g. d'huile de croton dans 6 onces de bouillon aux herbes; lav. purgat.; foment. narcotique sur le ventre; diète.*)

26. — Point de selles; coliques les mêmes. (4 *gouttes d'huile de croton dans une tasse de bouillon de veau; lav. purgat.*; 2 *t. de bouillon*; *une soupe aux herbes.*)

27. — Pas de vomissements; les coliques sont bien diminuées; le malade est allé cinq fois à la garde-robe, mais il n'y avait pas, dit-il, de matières fécales dans ce qu'il a rendu. (*Une tasse de bouill. aux herbes, avec huile de ricin* 2 *onces*; *le reste idem.*)

28. — Deux selles hier; ventre souple, affaissé; les douleurs ont encore diminué. (1/8 *pruneaux.*)

30. — Sortie. — Guérison.

OBSERVATION XI.

Salle des hommes, n. 23. — Le nommé Guibert, âgé de 44 ans, typographe, demeurant rue des Ciseaux, 4, né à Versailles (Seine-et-Oise); malade depuis 8 jours; entré le 23 août 1836, sorti le 12 septembre 1836.	*Diagnostic.* — COLIQUE DE PLOMB ET ANÉMIE.

D'une faible constitution; tempérament lymphatico-nerveux; peau blanche et fine; cheveux châtain-clair; à Paris depuis vingt ans; sujet à des maux de tête et à des palpitations. Il a été atteint d'une maladie vénérienne, il y a vingt-huit ans (blennorrhagie suivie d'une éruption pustuleuse à la peau). Cette maladie, d'abord négligée, fut traitée plus tard à l'hôpital des vénériens.

Il y a huit jours, douleurs dans tout l'abdomen, sans

diarrhée, ni vomissements, ni fièvre. Ces douleurs, qu'il désigne sous le nom de *coliques*, ont persisté depuis huit jours, et depuis quatre jours des crampes sont survenues dans les mollets et les doigts de pieds. Il ne sait à quoi attribuer sa maladie; mais depuis l'âge de treize ans il travaille à la typographie, et se sert continuellement de caractères d'imprimerie composés d'un mélange de plomb et d'antimoine. Jusqu'ici il n'avait éprouvé aucune affection saturnine.

23 *août soir.* — Teinte jaune-pâle, ou aspect anémique du visage; langue blanchâtre au milieu, un peu rouge sur ses bords, humide; mauvais goût à la bouche; inappétence; soif assez vive; nausées sans vomissements; salive non acide; douleur dans tout le ventre, surtout dans la région sous-ombilicale, n'augmentant pas par la pression; ventre *plat*, affaissé; le foie et la rate ne débordent pas; *point de selles depuis sept jours*; pouls à 64-68, régulier, petit, peu développé, assez résistant; l'étendue de la matité de la région précordiale est de 2 pouces 1/2 environ, verticalement et transversalement; les bruits du cœur sont un peu secs, surtout le second; le choc de cet organe est de force moyenne; *bruit de diable dans la carotide gauche*; ni toux ni respiration; résonnance et respiration vésiculaires bonnes; point de mal à la tête; crampes dans les cuisses, surtout dans les mollets et les orteils; douleur à la partie postérieure du bassin; tremblement faible mais général des membres; peu de sommeil à cause des coliques.

24. — Hier soir, nausées sans vomissement; affaissement général des veines extérieures; aspect anémique de tout le corps; *bruit de diable dans la carotide gauche*; persistance des coliques et de la constipation. (*Solut. sir. limon; huile croton 2 goutt. dans 1 tass. de bouill. herbes*; 1 *s. aux herbes.*)

25. — Hier, trois selles; le malade a vomi le bouillon qu'il avait pris; gargouillement dans la région iléo-cœcale. (*Lim. sulfurique*; *catapl. laudanisé sur le ventre*; *bain simple.*)

26. — Sueur générale (elle n'est pas acide); presque plus de coliques; pas de selle depuis hier. (2 *tass. bouill.*; *soupe aux herbes*; *le reste idem.*)

27 *et* 28. — Ventre libre; presque plus de coliques; retour des selles à l'état normal. (*Solut. sir. tartareux.*; *lav. huil.*; 1/8 *d'aliments.*)

Les jours suivants, la guérison est complète, et le malade mange la demie ou les trois quarts.

12 *septembre.* — Sortie.

OBSERVATION XII.

Salle des hommes, n. 18. — Le nommé Rondeau, âgé de 24 ans, fondeur en caractères d'imprimerie, demeurant rue Saint-Victor, 149, né à Paris; malade depuis 15 jours, entré le 14 mai 1836, sorti le 25 juin 1836.

Diagnostic. — COLIQUE SATURNINE, *suivie de paralysie et de tremblement des membres supérieurs.*

D'une constitution délicate; pâle, mince, grêle, maigre; cheveux très noirs.

Il exerce son état de fondeur en caractères d'imprimerie depuis douze ans, et jamais jusqu'ici il n'avait eu de coliques de plomb; mais, il y a deux ans, tremblement des mains qui s'est terminé par paralysie, et qui a cédé au bout de trois mois, après l'emploi d'un liniment volatil et de l'électricité.

Il y a quinze jours, douleurs de ventre avec constipation, ce qui a duré pendant quatre jours. (30 *sangsues en deux fois sur l'épigastre et l'hypogastre*; *bain*; *lav. émoll.*; *catapl.*, *huile de ricin* 3 *onces.*)

Ces moyens enlevèrent ce qu'il appelle *sa colique de plomb*; mais le lendemain de sa guérison, il fut pris de tremblement des membres.

14. — Tremblement général des deux bras lorsque le malade les tient soulevés; paralysie incomplète du mouve-

ment de ces deux membres, portant principalement sur les muscles extenseurs; les doigts restent à demi fléchis; douleurs continuelles à la face postérieure des mains, des poignets, des avant-bras et des bras eux-mêmes; un peu de faiblesse seulement dans les membres inférieurs; teinte jaune terreuse de la peau, surtout au visage; exaltation de la sensibilité de la peau à la paroi antérieure de la poitrine ainsi qu'à l'abdomen; ni céphalalgie ni étourdissements; insomnie; sens spéciaux intacts; langue rosée, humide; pas d'envie de dormir; bouche fade; peu de soif; bon appétit; ventre médiocrement tendu et douloureux; une selle tous les jours; rien de notable pour la respiration; pouls à 88, dur, assez développé; bruits du cœur normaux. (*Limon. citriq.*; 2 *pil. extr. gom. d'opium*; *linim. opiacé*; *bains de vapeur*; *lav. huil.*; 1/8 *d'alim.*)

15 *et* 16. — Bon sommeil; l'exaltation de la sensibilité du tronc a cessé.

18. — Mieux; les mouvements reviennent un peu.

20. — Constipation. (*Eau de Sedlitz.*)

21. — Trois selles hier par l'eau de Sedlitz.

22, 23, 24, 25, 26 *et* 27. — Un peu d'amélioration. (*Bains sulfureux*; *linim. volatil camphré.*)

28. — (*Vésicatoire sur les deux régions deltoïdiennes*), *et* 1/8 *gr. de strychnine pour pansement.*

30. — Tremblement un peu moindre; point de fièvre; température abdominale à 33-34°. (1/4 *gr. strychnine.*)

Les jours suivants, augmentation de la sensibilité des membres dont les mouvements sont affaiblis.

2 *juin.*—Un peu d'amélioration. (*Sécher les deux vésicatoires*; *liniment opiacé*; *catapl. laudan. sur les bras*; *bains sulfureux.*)

23. — Sortie. — Soulagement. — On voulait *galvaniser* le malade, mais on n'avait pu se procurer une machine au moment où le malade est parti.

OBSERVATION XIII.

Salle des hommes, n. 4. — Le nommé Pasquier, âgé de 35 ans, journalier, demeurant rue d'Anjou-Saint-Honoré, 4, né à Colmar (Haut-Rhin); malade depuis 19 jours (récidive); entré le 6 juillet 1836, sorti le 25 juillet 1836.

Diagnostic. — COLIQUE SATURNINE.

D'une forte constitution; brun; bonne santé habituelle; à Paris depuis deux ans.

Il travaille au blanc de céruse depuis trois mois; avant il était machiniste à l'Opéra.

Il y a six semaines, il est entré à la Charité (salle Saint-Louis), atteint de colique de plomb. Il y est resté onze jours, et il *a pris de l'huile de croton-tiglium*; à sa sortie il était bien soulagé; mais au bout de quatre jours, il a *retravaillé* au blanc de céruse, et au bout de huit jours, les douleurs abdominales sont revenues. Il n'a fait aucun traitement avant de venir de nouveau à l'hôpital.

16 *avril soir.* — Langue humide; soif vive; pas d'appétit; bouche amère le matin; ni nausées, ni vomissements; à un pouce au-dessous de l'ombilic, et sur la ligne médiane, on sent profondément une petite tumeur du volume d'une grosse noisette et dont la pression est douloureuse; le ventre n'est pas déprimé; pas de selles depuis trois jours; le malade dit avoir eu des coliques ce matin, et aussi des *crispations* ou des douleurs dans les mains, suivies de tremblement de ces parties; peu de sommeil; rien de particulier pour la respiration; pouls fort et developpé, à 72; peau de chaleur modérée.

17. — Ce matin, le malade dit qu'il *a la colique des peintres*, comme il l'a eue pour la première fois, lorsqu'il y a six semaines, il a été admis dans la salle Saint-Louis de cet hôpital; la peau est d'un jaune un peu terreux; *abdomen*

rétracté; constipation depuis quatre jours; pouls à 72; pas de fièvre; chaleur modérée; inappétence. (*Limonade citr.*; *bouill. aux herbes et huile de croton-tiglium* 2 *gouttes*; *lav. huileux*; *diète.*)

18. — Hier, le malade a vomi et a eu plusieurs selles à la suite de l'administration de l'huile de croton; *il sent encore une barre douloureuse dans l'abdomen.* (*Huile de ricin* 2 *onces.*)

19. — Hier, treize selles par l'huile de ricin; le malade se trouve beaucoup mieux. (1/8 *d'alim.*)

Les jours suivants, les coliques disparaissent; les selles sont naturelles. (*On augmente les aliments.*)

25. — Sortie.

OBSERVATION XIV.

Salle des femmes, n. 15. — La nommée Noël, âgée de 40 ans, polisseuse de peignes, demeurant rue Bailly, 6, née à Villeneuve (Moselle); malade depuis 21 jours, surtout depuis 1 jour; entrée le 24 août 1836, sortie le 4 septembre 1836.

Diagnostic. — AFFECTION SATURNINE *chez une femme cachectique, anémique.*

Mère de cinq enfants; maigre, chétive, cachectique. C'est pour la quatrième fois que cette femme vient à l'hôpital. Ses précédentes maladies ressemblaient à la maladie actuelle.

Il y a vingt et un jours, vomissements, douleurs dans le flanc gauche et l'épigastre.

Hier soir à sept heures, abattement général, augmentation des douleurs du ventre, et persistance du vomissement.

La profession de cette malade l'expose à manier les préparations saturnines.

24 *août soir.* — Point de mal à la tête; pâleur du visage; langue blanchâtre, humide; pas de soif ni d'appétit; nausées et vomissements (aujourd'hui six à sept vomissements

d'un liquide jaune-verdâtre, mêlé de matière glaireuse); douleur vive à l'épigastre et dans le flanc gauche; la malade dit qu'une pression, même légère, augmente cette douleur; cependant, lorsqu'elle ne contracte pas les parois abdominales, on trouve que le ventre est souple, sans tumeur ni rénitence; *pas de selles depuis trois jours*; pouls à 80-84, petit et faible; chaleur modérée du tronc et refroidissement des membres, surtout des supérieurs; rien d'anormal pour la respiration; crampes dans toute la longueur des membres inférieurs; tremblotement de la mâchoire inférieure; douleurs dans le bas des reins; insomnie la nuit dernière.

25. — Sifflement musical dans la carotide gauche; vomissement d'un liquide spumeux; d'ailleurs, même état que la veille. (*Catapl. laudan. à l'épigastre*, *lav. laudanisé*; *potion éther sulf. goutt.* 12; *décoct. de pavots avec sir. de gomme.*)

26. — Depuis hier, deux vomissements de bile verdâtre; salive légèrement acide; constipation. (*Lav. huil.*; *catapl. laudanisé*; *diète*; *bain simple.*)

27. — Vomissement verdâtre; la constipation persiste. (*Sérum*; *huile de ricin*; *bouill.*; *soupe*; *pruneaux.*)

28. — Point de selle hier. (*Huile de ricin* 2 *onces.*)

29. — Hier soir, plusieurs garde-robes et soulagement. (1/8 *d'aliments.*)

Les jours suivants, point de coliques; bien en tout.

4 septembre. — Sortie.

OBSERVATION XV.

Salle des femmes, n. 13. — La nommée Bienville, âgée de 21 ans, polisseuse en caractères d'imprimerie, demeurant rue Jean-Bart, 4, née à Paris ; malade depuis 5 mois, entrée le 7 mai 1836, sortie le 18 juillet 1836.

Diagnostic. — PARALYSIE ET TREMBLEMENT PAR LES ÉMANATIONS SATURNINES.
Varioloïde intercurrente.

D'une constitution grêle et délicate ; d'un tempérament lymphatico-nerveux ; bonne santé habituelle.

Elle a commencé à polir les caractères d'imprimerie dès l'âge de neuf ans, et elle n'a jamais éprouvé de colique de plomb. Son père et sa mère travaillaient au même métier ; le premier n'a jamais éprouvé d'affection saturnine, mais sa mère a eu trois fois la colique de plomb.

Il y a cinq mois, douleur vive dans l'épaule droite, puis dans les doigts auriculaire et annulaire de la main droite (ces deux doigts ont présenté, dit-elle, pendant quinze jours une couleur bleu foncé, à leur face dorsale seulement) ; peu à peu, les doigts se sont fléchis ainsi que le poignet, et cet état a toujours persisté. Plus tard, la main gauche a été affectée de tremblement.

M. Hatin aîné a conseillé des frictions camphrées et laudanisées, et des bains aromatiques. Ce traitement, continué pendant deux mois et demi, n'a été suivi d'aucune amélioration. (*Avant le traitement conseillé par M. Hatin, la malade, sur l'avis de M. Chardel, avait eu trois vésicatoires volants, l'un sur le deltoïde, les deux autres à la face interne des bras.*)

La malade est restée cinq semaines environ à l'hôpital des Cliniques, où M. Rostan a eu recours à la *strychnine et à l'électro-puncture*, sans amélioration notable.

La malade est sortie depuis quinze jours.

17 *mai soir.* — Mouvements de la totalité du bras droit

faciles; sensibilité intacte dans tout ce membre; mouvements de flexion du poignet assez faibles, ceux d'extension impossibles; les doigts peuvent être aisément fléchis, mais ne peuvent être étendus; ils tremblent lorsque la malade soulève la main, et alors ils restent dans une position intermédiaire entre la flexion et l'extension; la main gauche est aussi affectée de tremblement, lorsque cette partie est soulevée, et tous les doigts, excepté le petit doigt, ne peuvent être complétement étendus; état général très satisfaisant; point de fièvre (la température abdominale est de 31°).

18. — Même état. (*Limon. citriq.; bain sulfureux; vésicat. à la face dorsale de chaque main; lav. huileux; 1/4 d'alim.*)

19. — 1/8 *de gr. de strychnine à la surface de chaque vésicatoire.*

20. — Hier, pendant un quart d'heure, secousses de la main gauche et mouvement d'extension des doigts. (*Même traitement.*)

21. — Le tremblement a cessé. (1/4 *gr. de strychnine pour les 2 mains.*)

12 *juin.* — Céphalalgie continue depuis deux jours, occupant surtout la région frontale. (*Oxycrat front., et pédil. sinapisé.*)

13. — Pouls à 124, plein, développé; nausées, sans vomissement; ventre tendu, gonflé, chaud, indolent; pas de dévoiement; ni toux ni point de côté; battements du cœur forts, avec bruit de soufflet distinct pendant la systole; bruits de diable dans la carotide droite (il en existe à peine quelque rudiment dans la gauche). Cette jeune fille est un peu anémique. (*Solut. sir. gros. et sir. limon.; foment. sur le ventre; oxycrat front.; diète.*)

14. — Hier soir, la céphalalgie continuant, 5 sangsues furent appliquées à chaque tempe.

Ce matin on aperçoit des pustules de variole naissante, discrètes, sur la face et les membres (la malade n'a pas été

vaccinée, mais elle dit avoir eu la petite vérole étant très jeune); nausées sans vomissements; pouls à 116; ni toux ni mal à la gorge; mal de tête un peu diminué. (*Solut. sir. gros.; diète.*)

15. — L'éruption poursuit sa marche; les pustules sont plus grosses; celles du visage sont assez nombreuses; il en existe aussi beaucoup autour et sur la surface dénudée des poignets par les vésicatoires; insomnie, pouls à 92; moins de chaleur à la peau; les règles sont venues cette nuit (elles n'étaient attendues que pour le 24).

16 *et* 17. — Mal à la gorge; céphalalgie; pustules très grosses au visage, entourées d'un cercle très rouge. (*Fom. chlorur.*; *catapl. au cou*; *garg. adouciss.*; *diète.*)

18. — Belles pustules à la face supérieure de la langue; la fièvre est toujours forte. (*Même prescription.*)

19. — Gonflement considérable du visage, surtout des paupières; pouls à 100; les pustules sont grosses et en pleine suppuration; les unes sont ombiliquées, les autres ne le sont pas. (*Même prescription.*)

20. — Rien de nouveau.

21. — Pouls à 92; chaleur plus modérée; les pustules commencent à se dessécher; l'appétit revient. (1 *tasse de bouill. poulet.*)

22. — La fièvre diminue de plus en plus; chaleur à peu près normale; pouls à 72-76; le visage se dépouille; point de mal de gorge. (*bouill.*; *potage*; *asperges*; *lait.*)

23. — Les pustules s'affaissent et se flétrissent. (*Bain chloruré.*)

24. — La dessiccation continue. (1/8 *œuf.*)

1er *juillet.* — Dessiccation presque achevée; insomnie, (2 *pilul. extr. gomm. d'opium* 1/4 *de gr. chaque.*)

10. — Les mouvements des doigts sont plus libres depuis la variole.

18. — Sortie. — Il reste encore un peu de faiblesse dans les mouvements d'extension des poignets.

CHAPITRE II.

Névroses des centres nerveux.

§ Ier. *Hystérie.*

OBSERVATION UNIQUE.

Salle des femmes, n. 14. — La nommée Bonnet, âgée de 15 ans, brosseuse, demeurant rue Bourg-l'Abbé, 7, née à Titeloi (Oise); malade depuis 21 jours; entrée le 4 juillet 1836, sortie le 11 *id.*

Diagnostic. — AFFECTION HYSTÉRIFORME *chez une jeune fille encore impubère.*

D'une constitution de force moyenne; blonde; lymphatico-sanguine; non encore réglée.

A Paris depuis dix mois; bonne santé habituelle.

Il y a trois semaines, étourdissements, maux de cœur, douleur dans le côté droit (bains de pied, et une chopine de vin d'absinthe dans une semaine pour attirer les règles).

4 et 5. — L'exploration la plus attentive de toutes les fonctions ne nous fit reconnaître aucune maladie bien caractérisée.

Le seul symptôme notable était le suivant : la malade avait la sensation d'une boule qui, après avoir remonté du bas-ventre à la gorge (globe hystérique), déterminait un sentiment de suffocation; point de fièvre; bon appétit.

On se contenta de prescrire des bains, une infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger, et nul autre accident ne s'étant manifesté, la jeune personne sortit, huit jours après son entrée.

§ II. *Chorée. — Catalepsie*

OBSERVATION UNIQUE.

Salle des femmes, n. 6. — La nommée Mélier, âgée de 36 ans, couturière, demeurant rue des Anglais, 17, née à Paris ; malade depuis 8 ans, entrée le 21 juin 1836, sortie le 13 juillet 1836.

Diagnostic. — Chorée, puis extase cataleptiforme ; aménorrhée.

Mariée ; d'une constitution sanguine et assez forte ; réglée à quinze ans, mais jamais régulièrement, ni pour la durée des règles, ni pour l'époque de leur retour ; depuis deux mois elles n'ont pas paru ; il existe des flueurs blanches assez abondantes ; elle est sujette, dit-elle, *aux maux de nerfs et est affectée de strabisme.*

Il y a huit ans, elle fut, à ce qu'elle prétend, atteinte d'une paralysie des mouvements du côté gauche, paralysie qui dura deux mois et demi.

Quelque temps après cette paralysie, elle fut prise d'une chorée dont elle fut traitée par M. Charpentier, et dont elle ne fut guérie qu'après plusieurs années.

Personne dans sa famille n'a eu des affections nerveuses.

21, 22, 23, 24, 25, 26 *et* 27. — Céphalalgie ; bourdonnements d'oreille, étourdissements, quelquefois vue trouble ; somnolence ; sommeil agité ; battements du cœur, oppression en marchant vite ou en montant un escalier, et en éprouvant des impressions morales vives ; bruits du cœur normaux ; pouls à 60, peu développé, non résistant ; point de bruit de diable dans les artères ; état normal des fonctions digestives.

Presque tous les muscles sont agités de mouvements irréguliers, toutefois les membres inférieurs sont le siége principal de ce désordre des mouvements ; la malade se dandine

en marchant, et maîtrise cependant jusqu'à un certain point ses mouvements. (*Infus. valériane sir gom.*; 20 *sangsues aux cuisses*; *bain tiède*; *potion sir. d'éther* 1 *once*; 3 *pilul. de Méglin*; *affus. froid. tête.*)

28. — A huit heures et demie du matin espèce d'extase; tremblement du menton; yeux fixes et immobiles; bouche fermée, point de parole; immobilité des membres qui ne sont point contracturés, et ne restent pas précisément dans la position qu'on leur imprime; palpitations; de l'eau froide versée sur la tête produit des cris continuels avec contractions des poignets et des doigts; au bout de dix minutes les cris cessent; la malade retombe dans l'immobilité indiquée tout à l'heure, et les membres supérieurs restent un peu dans la position où on les met, sans offrir de roideur, mais leur poids finit par les entraîner sur le lit. Cet état dure environ une demi-heure.

29. — La malade est bien revenue de son accès d'extase cataleptique; mais la chorée persiste.

Du 1er *au* 8 *juillet.*—Les symptômes de chorée diminuent graduellement. (*On continue les pilul. Méglin; frict. éth. sur le front et les bains avec affus. froides sur la tête.*)

12. — Depuis quatre jours la chorée n'a pas reparu.

13. — Sortie.

§ III.

Épilepsie et convulsions épileptiformes.

OBSERVATION I.

Salle des hommes, n. 12. — Le nommé Bigot, âgé de 44 ans, serrurier, demeurant rue du Ponceau, 35, né à Villepreux (Seine-et-Oise); malade depuis 7 jours, entré le 16 avril 1836, sorti le 17 août 1836.	*Diagnostic.* — CONGESTION CÉRÉBRALE *avec symptômes d'attaque épileptiforme.*

Veuf, d'une forte constitution; tempérament bilieux; à

Paris depuis quatre ans; toujours bien portant avant son arrivée à Paris.

Il y a deux ans et demi, congestion cérébrale dont il ne détermine pas très bien les caractères, mais qu'il compare à une attaque d'épilepsie ; un étourdissement suivi de chute, de perte de connaissance, d'agitation; retour des sens au bout de deux heures; mais à la suite de cet accident le malade avait de la fièvre, avec courbature et céphalalgie, et pour ces symptômes il fut admis à l'Hôtel-Dieu. (*On lui appliqua des sangsues à l'anus*; *bouillon de veau et infusion de till. et de feuilles d'orang.*)

Depuis cette époque, trois à quatre attaques pareilles, la dernière il y a sept jours, et c'est pour les suites de celle-ci que le malade vient à l'hôpital; elle a été caractérisée par les symptômes suivants : perte de connaissance pendant deux heures; agitation forte (quatre personnes avaient peine à le contenir); il ne se rappelle pas ce qui s'est passé dans l'attaque; il ne *paraît* pas avoir eu d'écume à la bouche.

Il a pris de l'eau de tilleul et a cessé ses occupations.

Il ne sait à quoi attribuer sa maladie; son père et sa mère n'ont point d'attaques semblables.

Depuis deux ans et demi il a, dit-il, été saigné douze ou quinze fois pour des attaques moins fortes que les précédentes.

16 *août soir.* — Céphalalgie frontale forte ; étourdissements; éblouissements; tintements d'oreilles; pas d'épistaxis; douleur dans tous les membres (le malade est venu à pied à l'hôpital assez facilement); peu de sommeil à cause du mal de tête; pouls à 56-60, faible, peu développé, régulier; bruits du cœur normaux; rien d'anormal pour la respiration; peau de chaleur modérée avec sueur; langue blanchâtre, humide; soif vive; point d'appétit; bouche mauvaise; ni nausées ni vomissements; haleine aigrelette; selles naturelles.

17. — Insomnie la nuit dernière; moiteur générale; l'u-

rine du matin est jaune, claire, un léger nuage au fond seulemennt, acide et d'une légère odeur de nougat; salive non acide; pouls à 60, médiocrement développé; la température de la peau, prise à l'abdomen, est de 36°.

Le sujet ne nous paraissant pas *actuellement* malade, nous lui donnâmes sa sortie.

OBSERVATION II.

Salle des hommes, n. 4. — Le nommé Hippolyte, âgé de 22 ans, bijoutier, demeurant rue du Grenier-Saint-Lazare, 20, né à Lunéville (Meurthe); malade depuis 6 ans, entré le 9 mai 1836, sorti le 10 mai 1836.

Diagnostic. — ÉPILEPSIE?

D'une constitution sèche; d'un tempérament nerveux; un peu pâle et maigre.

Ce jeune homme est affecté depuis six ans d'accès d'épilepsie.

Son père et sa mère, non plus que ses frères et sœurs, ne sont point atteints de cette maladie.

Sa mère et lui éprouvèrent de la frayeur par l'entrée des Russes en France dans les Cent-Jours.

Il n'a jamais eu d'affection syphilitique, et il ne s'est pas adonné à la masturbation, et n'a point fait d'excès avec les femmes.

Il habite Paris depuis six semaines.

Les attaques le prennent subitement, n'importe où il se trouve, et elles sont accompagnées d'écume à la bouche; il ne lui reste aucune indisposition après les attaques; celles-ci ont quelquefois lieu tous les jours, et il dit même en avoir éprouvé jusqu'à six dans une seule journée; d'autres fois, elles ne viennent qu'au bout d'une quinzaine de jours.

État au moment de l'entrée. — Pas de mal à la tête; visage bon; langue large, humide, rouge sur les bords et

à la pointe; déglutition facile; bon appétit; ventre souple, indolent; selles naturelles; un peu de difficulté à parler et à entendre depuis sa naissance; rien de remarquable du côté de la circulation et de la respiration; sommeil bon les nuits où il n'a pas d'attaques.

Le lendemain de l'entrée, ce jeune homme fut renvoyé.

OBSERVATION III.

Salle des hommes, n. 22. — Le nommé Bousselin, âgé de 16 ans, peintre en bâtiments, demeurant marché des Enfants-Rouges, 1, né à Paris; malade depuis 3 jours, entré le 7 mai 1836, sorti le 15 mai 1836.

Diagnostic. — CONVULSIONS CLONIQUES PARTIELLES.

D'une taille moyenne, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatico-nerveux, cheveux châtains; ordinairement bien portant.

Dès sa plus tendre enfance, il a travaillé à l'état de peintre en bâtiments, mais dans toute sa vie il ne lui est pas arrivé plus de trois à quatre fois de broyer des couleurs, et il n'a jamais eu de colique de plomb.

Son père s'est suicidé il y a un an (il était aussi peintre en bâtiments et n'avait eu qu'une seule fois la colique métallique, d'après ce que rapporte le malade). Il a un frère qui se porte bien.

Il y a trois jours, sur les deux heures du matin, il a été réveillé en sursaut par un *accès convulsif* qui a duré une minute seulement. Le bras droit était agité de mouvements convulsifs, et porté en différents sens; il n'a pas éprouvé d'autres symptômes et a dormi le reste de la nuit. Le lendemain, il a éprouvé cinq à six attaques semblables, mais dans lesquelles le bras était seulement tourné en dedans; il a eu aussi deux à trois autres attaques très faibles dans la nuit. Hier, trois à quatre attaques qui ont eu peu de durée; la nuit dernière, une attaque très forte s'est déclarée

vers minuit, et le malade a presque perdu connaissance; dans la même nuit, deux autres plus faibles; avant son entrée à l'hôpital, il a encore éprouvé deux attaques; enfin sur les trois et quatre heures il en a eu deux autres, et nous avons été témoins de la dernière dont voici la description :

Le malade nous a prévenus qu'il allait avoir une attaque, d'après une sensation de fourmillement ou de picotement qui s'est étendue des doigts index et pollex de la main droite jusqu'à l'épaule; en même temps les doigts se sont fléchis et placés dans la paume de la main, le pouce recouvert par la face palmaire des autres doigts; l'avant-bras s'est fléchi fortement sur le bras, et s'est porté dans une pronation forcée; le poignet s'est aussi fortement fléchi et le membre supérieur a été agité de mouvements cloniques dans sa totalité; la main et l'avant-bras ont rougi par la stase du sang; le malade soutenait avec la main gauche l'avant-bras droit qui tendait dans ses mouvements à se rapprocher du tronc; la tête était aussi agitée et portée à gauche; les yeux éprouvaient en même temps de légers mouvements convulsifs, et il existait un petit mouvement de circumduction de la mâchoire inférieure sans écume à la bouche; cette attaque a duré une demi-minute environ; lorsqu'elle a été passée, le malade ne s'est plaint que d'un peu d'engourdissement de la main droite et du poignet correspondant.

Le malade a moins de force pour fléchir l'avant-bras droit que le gauche; il ne peut étendre complétement les doigts de la main droite, et dans l'état de repos, ces doigts restent à demi fléchis; la main droite serre moins fortement que l'autre; les autres membres ne sont point affectés dans leurs mouvements; il n'y éprouve ni tremblement ni crampes, non plus que dans celui qui est malade; le sommeil est bon, la mémoire est conservée, les sens spéciaux ne sont point altérés; les fonctions digestives ne sont point

dérangées; les autres appareils de fonctions ne présentent rien à noter.

Le malade ne sait à quoi attribuer ses accès; il avoue s'être livré à la masturbation depuis l'âge de quatorze ans; il y a, dit-il, trois semaines que cela lui est arrivé pour la dernière fois. Il a eu commerce avec les femmes le mois dernier, six fois environ depuis cette époque.

Il n'a pas eu de frayeur, ni de vive émotion d'aucune espèce avant la première attaque.

8 *mai*. — Depuis l'attaque décrite ci-avant, le malade en a eu cinq (la dernière à cinq heures du matin). (*Infus. valériane sir. gom.; 2 pil. extr. opium et extr. jusquiame noir. gr. 1/4; bain; pot. éther.; lav. avec musc. gr. 6; 1/8 d'aliments.*)

9. — Hier, une attaque à la fin de la visite, et jusqu'à trois heures, plusieurs autres.

Dans l'accès observé à la visite, les muscles de la poitrine étaient aussi agités, et cet accès a duré plus long-temps que les autres.

Aujourd'hui, accès comme la veille; les mouvements convulsifs ont eu lieu aussi dans les muscles respirateurs, dans ceux du cou, de la face, des sourcils, et le malade ne pouvait parler (cet accès a duré deux minutes environ); les secousses du malade ressemblaient à de fortes commotions électriques.

10 *mai*. — Un accès dans la nuit et un autre ce matin.

11. — Pas d'accès depuis hier matin. (*Till. orang.; lav. émoll.; bain.*)

14. — Point de nouvelle attaque depuis le 10.

15. — Sortie. — Guérison.

SECONDE DIVISION.

NÉVROSES DU SYSTÈME NERVEUX GANGLIONNAIRE OU DE LA VIE ORGANIQUE.

Des diverses névroses qui peuvent survenir dans les fonctions que le système nerveux ganglionnaire paraît tenir sous son empire, les seules dont nous ayons recueilli des exemples pendant le semestre clinique d'avril à septembre 1836, sont celles qu'on désigne sous le nom de *fièvres intermittentes*. Nous avons, il est vrai, rencontré chez un grand nombre de malades des palpitations du cœur, des irrégularités dans les battements de cet organe, des suspensions momentanées de ces mêmes battements (*syncopes, défaillances, lypothymies*) ; mais comme, dans tous ces cas, les désordres indiqués se rattachaient à l'existence de maladies *organiques*, aiguës ou chroniques, dont nous avons parlé ailleurs, nous ne pouvions les consigner ici.

CHAPITRE UNIQUE.

Fièvres intermittentes.

Réflexions préliminaires.

Parmi les dix-huit cas de fièvre intermittente que nous avons reçus, il en est sept dans lesquels nous avons traité et guéri la maladie au moyen de la digitale administrée tant à l'intérieur qu'à l'extérieur (par la méthode endermique). Déjà nous avions obtenu le même succès chez vingt-cinq à

trente malades admis dans notre service à une époque antérieure à celle dont nous rendons compte, résultat qui a été publié dans les journaux de médecine et dans plusieurs thèses de la faculté de médecine de Paris. Nous appelons l'attention des praticiens sur cette nouvelle méthode.

Nous avons été conduit à l'emploi de la digitale par une induction dont il n'est pas nécessaire de parler ici. Nous n'avons rien négligé pour que les faits rapportés en sa faveur fussent aussi concluants que possible. C'est ainsi, par exemple, que nous n'avons jamais administré la digitale qu'après avoir bien constaté l'existence de la fièvre intermittente, c'est-à dire qu'après avoir été témoin d'un ou de plusieurs accès.

On a publié que M. Chomel avait nié la possibilité de guérir ainsi les fièvres intermittentes ; mais nier n'est pas prouver.

Dans deux cas, nous avons *coupé* la fièvre avec le sulfate de quinine. Dans neuf cas, il n'est pas survenu d'accès après l'entrée, et aucun fébrifuge n'a été administré.

OBSERVATION I.

Salle des hommes, n. 16. — Le nommé Guignan, âgé de 17 ans, valet de pied, demeurant rue Hillerin-Bertin, 7, né à Duguillon (Côtes du-Nord) ; malade depuis 11 jours, entré le 28 mai 1836, sorti le 19 juin 1836.

Diagnostic. — FIÈVRE TIERCE *avec symptômes bilieux.*

Torticolis de cause rhumatismale.

D'un tempérament bilioso-nerveux ; brun, un peu maigre ; peau fine et mince, bien portant habituellement.

Il y a 11 jours, mal de tête ; douleur au ventre sans dévoiement ; lassitude générale. — Trois jours après, *accès de fièvre.* Cet accès est revenu depuis tous les deux jours (quatre accès en tout) ; le frisson durait deux heures, et la chaleur n'était pas suivie de sueurs.

Il y a cinq à six jours, vomissement du bouillon que

le malade avait pris. (*Le malade a mangé comme à l'ordinaire; il a pris de la tisane de chiendent;* 12 *sangsues et cataplasme sur le ventre.*)

28 *mai soir.* — Céphalalgie générale, étourdissements, faiblesse quand le malade est sur ses jambes (il est venu à pied à l'hôpital, soutenu par son frère); pas de bourdonnements d'oreilles; teinte légèrement jaunâtre de la face; lèvres sèches et un peu hâlées; langue rosée, humide, un peu jaunâtre au milieu; soif, inappétence; ventre un peu ballonné, rendant un son tympanique, généralement un peu douloureux, mais surtout à l'épigastre et dans la région sous-ombilicale; ni gargouillement ni éruption; pas de selles depuis trois jours; la rate est tuméfiée, et déborde d'environ un demi-pouce; saillie de l'hypochondre droit, qui paraît tenir au développement du foie; point d'expectoration; respiration libre et facile; pouls à 80, médiocrement développé; peau de chaleur modérée, un peu moite; sommeil assez bon.

Hier, à huit heures du matin, frisson pendant une heure et demie, sans chaleur ni sueur.

29. — La face offre un léger aspect typhoïde: teinte jaune de l'ovale inférieur; narines lanugineuses; lèvres sèches; chaleur vive et sécheresse de la peau (38-39° sous l'aisselle gauche); tremblement ce matin, à quatre heures; pouls à 112, développé, plein, fort; langue saburrale au milieu; soif; mauvais goût à la bouche; ventre un peu tuméfié dans la partie sous-ombilicale, sans éruption, surtout douloureux au-dessous du nombril et en tirant vers le flanc droit; constipation depuis trois jours; céphalalgie; peu de sommeil cette nuit; urine d'un jaune foncé, avec nuage au fond, et odeur d'huile brûlée ou de nougat; la rate est tuméfiée et déborde aujourd'hui d'environ un pouce. (*Solut. sir. limon. et sir. de gros.; catapl. ventre; lav. émoll.; saignée* 3 *palettes le soir, si la fièvre persiste; diète.*)

30. — La rate déborde moins qu'hier ; langue rosée, assez humide ; pouls à 68 ; la température de l'aisselle gauche est à 32-33°, celle de l'abdomen à 34° (*hier soir la saignée n'a pas été faite, la fièvre ayant cessé*). (*Vésicat. région de la rate, et digit. gr.* 8 ; *pot. gomm. avec digit. gr.* 6 ; 1/8 *d'aliments maigres.*)

31. — Accès à minuit et demi ; tremblement pendant près de deux heures, suivi de chaleur et de sueurs ; ce matin, peau de chaleur douce (température abdominale à 34°), moite ; pouls à 96-100, souple, onduleux, développé. (*Même traitement.*)

1er *juin.* — Bon sommeil ; constipation ; pas de fièvre (température abdominale à 33°).

2. — La fièvre a manqué cette nuit, et ce matin le pouls est à 76-80 ; peau de chaleur à peu près normale (température abdominale à 34°) ; langue humide, un peu jaune-verdâtre. (*Même traitement.*)

3. — Quelques douleurs rhumatismales à la partie postérieure du cou. (*Idem.*)

4. — La fièvre a manqué encore cette nuit et ce matin ; peau moite, douce chaleur au toucher (température abdominale à 33°) ; pouls à 72, souple, bien développé ; langue rosée, humide, saburrale à sa partie moyenne. (*Pot. digit. gr.* 4 ; *vésic. avec digit. gr.* 6 ; 1/8 *maigre.*)

5. Douleur rhumatismale plus forte dans la partie postérieure du cou et de la tête ; teint pâle, mais moins jaune ; la fièvre ne revient point.

6. — Sueur au visage depuis hier soir ; pouls à 64 ; la douleur du cou persiste, et le malade tourne difficilement la tête ; pas de bruit de diable dans les artères carotides, ni dans les crurales.

7. — Pouls à 72 ; point de fièvre ; le *torticolis* persiste (la tête est tournée à droite, et le malade ne peut, à cause de la douleur, la ramener à gauche). (*Bain illicò.* ; *catapl. cou* ; *pot. diacode* 1 *once* ; *digit. sur vésicat. gr.* 6 ; *diète.*)

8. — La tête reste toujours tournée à droite; pouls à 72. (*Lin. opiacé; catapl. laudan.*; 2 *tasses bouill.; lavement huileux; sécher le vésicat. et supprimer la digit.*)

9 et 10. — Un peu moins de douleur au cou. (*Idem.*)

11. — Plus de chaleur et de fréquence du pouls que les jours précédents (température abdominale à 36°); tête tournée un peu plus facilement à gauche. (2 *pilul. extr. opium*; *diète*; *le reste idem.*)

12. — Mieux; peau fraîche; un peu de sommeil cette nuit. (2 *tasses bouill.*; 6 *pruneaux.*)

13. — Mouvements du cou plus libres; pouls à 72; peu d'appétit; bon sommeil. (*Bain chaud;* 2 *tasses bouill. et* 2 *potages; asperges avec un peu de pain et d'eau rougie.*)

16. — Mieux encore; constipation. (*Lavem. huileux*; 1/8 *d'aliments.*)

17 et 18. — Le malade se lève; il n'existe plus de roideur au cou. (1/4 *d'aliments.*)

19. — Le malade sort; la fièvre n'est point revenue; la rate déborde encore d'environ un pouce le rebord des fausses-côtes gauches.

OBSERVATION II.

Salle des hommes, n. 26. — Le nommé Clède, âgé de 17 ans, fondeur en cuivre, demeurant rue Ménilmontant, 42, né à Paris; malade depuis 5 jours, entré le 5 avril 1836, sorti le 22 avril 1836.

Diagnostic. — Fièvre intermittente quotidienne *avec phénomènes bilieux. Gonflement de la rate.*

(*Guérison rapide par la digitale.*)

D'une constitution faible, habituellement bien portant.

Il y a un an, époque à laquelle il s'était engagé comme volontaire, il eut, à Tarbes, une fièvre quotidienne qui dura dix-sept jours.

Il y a six jours, vomissement de bile *et fièvre d'accès*; point de vomissement les jours suivants, mais *accès de fièvre* bien caractérisé, revenant tantôt le matin, tantôt

le soir (le tremblement dure environ une heure); épistaxis le 2 et le 3 avril.

5 *avril au soir.* — Couleur de la peau généralement jaune pâle, mais surtout au visage; lèvres pâles, surtout la supérieure; langue humide et d'un blanc rosé; soif considérable; douleur épigastrique; matité dans l'hypochondre gauche et dans une partie de l'épigastre, matité due à la présence de la rate; ventre tendu; une selle hier dans la journée; pouls petit, concentré, à 96; 20 inspirations; *refroidissement général, tremblement, chair de poule*; le malade, en ce moment, éprouve évidemment un accès de fièvre intermittente; urine abondante et rouge.

6 *avril au matin.* — Teinte jaune pâle; langue pâle, humide, rosée au pourtour; soif; peu d'appétit; ventre peu développé; épigastre un peu tendu; douleur à la pression dans la région de la rate et de l'estomac; salive rougissant un peu le papier de tournesol; la matité due à la présence de la rate s'étend en bas à un pouce au-dessous du rebord des fausses-côtes et en haut jusqu'à un demi-pouce du sein; l'hypochondre gauche est plus saillant que le droit.

En arrière à gauche, matité dans les 2 cinquièmes inférieurs, où l'on entend quelques bulles de râle muqueux; respiration et résonnance bonnes à droite; quelques crachats muqueux, adhérents. (*Lim. citr.*; *catapl.*; *lav. émoll.*; 2 *bouillons.*)

7 *avril.* — Hier, à six heures du soir, nouvel accès composé des trois stades de froid, de chaleur et de sueur.

8. — Hier, accès à cinq heures. (*Bouill.*; *pomme cuite*; *le reste idem.*)

9 *avril au matin.* — Pouls à 72-76; hier, accès, de cinq heures et demi à sept heures du soir: alors le pouls était à 96-100, et la matité de la région de la rate était de 5 p. 1 l. verticalement (*Vésicat. sur la région de la rate*, *avec* 8 *gr. de poudre de digit. pour pansement*; *pot. gomm. digit. gr.* 6; *limon. citriq. et chicorée sauvage*; *bouill.*, *potages.*)

9 *avril, à cinq heures un quart après midi.* — Frisson ; le malade tremble et se courbe sur lui-même, comme pour ne pas se refroidir; pouls très petit, à 112. (*Continuer la digitale.*)

10 *avril soir* (cinq heures moins un quart). — Frisson; pouls petit, à 84. (*Même prescription.*)

11. — Hier, l'accès a été moins fort et moins long.

12. — Pas d'accès dans la journée d'hier. (*Même prescription.*)

13. — Pas d'accès complet hier (à neuf heures et demi du soir, chaleur et un peu de sueur seulement. (1/4 *d'aliments; le reste idem.*)

14. — Pas d'accès hier. (*Sécher le vésicatoire et continuer la potion gomm.*)

15. — Point d'accès hier. (*On diminue la dose de la digitale.*)

16, 17 et 18. — Point d'accès. La matité de la région de la rate a diminué d'un pouce et demi environ verticalement (elle n'est plus que de trois pouces et demi).

22. — Sortie. La guérison s'est bien maintenue.

OBSERVATION III.

Salle des hommes, n. 20. — Le nommé Oger, âgé de 18 ans, ébéniste, demeurant rue de Rohan, 25, né à Chaudron (Maine-et-Loire); malade depuis 8 jours, entré le 16 mai 1836, sorti le 9 juin 1836.

Diagnostic. — FIÈVRE TIERCE *avec symptômes gastriques.*

Un peu de bronchite.

D'une constitution de force moyenne; toujours bien portant jusqu'ici; à Paris depuis six mois.

Il y a huit jours, sans cause connue, il fut pris d'un accès de fièvre; depuis cette époque, un accès semblable a eu lieu tous les deux jours.

Le malade s'est fait saigner à l'Hôtel-Dieu, cinq jours avant son entrée, et cette saignée a dissipé le mal de tête qui existait en même temps que la fièvre.

16 *mai soir.* — Point de céphalalgie ; étourdissements, surtout quand le malade est levé (il est faible sur ses jambes, mais il a pu cependant venir à pied à l'hôpital, ainsi qu'au bureau central ; il a été conduit par un de ses camarades qui lui donnait le bras) ; otorrhée à gauche depuis cinq semaines, et depuis quinze jours bourdonnement d'oreille et affaiblissement de l'audition de ce côté ; point de sommeil les jours seulement où il dit avoir la fièvre (c'est-à-dire tous les deux jours) ; coloration jaunâtre du pourtour de la bouche et de l'ovale inférieur de la face ; langue rouge à la pointe et aux bords, blanchâtre et pointillée de rouge au milieu ; soif intense ; inappétence ; bouche mauvaise ; salive non acide ; ni nausées ni vomissements ; point de douleur à la région épigastrique, ni d'éruption sur le ventre ; le foie et la rate ne débordent pas ; cependant la matité qui correspond à ce dernier organe en arrière est plus considérable que dans l'état ordinaire ; gargouillement à peine sensible dans le flanc droit, qui ne devient douloureux qu'à une très forte pression ; pas de selles depuis trois jours ; résonnance du côté gauche de la poitrine bonne en avant et en haut ; matité dans la moitié inférieure, allant en augmentant de haut en bas ; murmure respiratoire faible, avec râle muqueux, sibilant, suspirieux, sans égophonie ni souffle bronchique (tout-à-fait en bas, en arrière, absence complète de la respiration) ; la résonnance est bonne dans tout le côté droit ; râle muqueux en avant et en arrière (dans ce dernier point il est aussi sibilant ou musical) ; toux peu fréquente ; pas de crachats dans le crachoir ; aucune douleur dans la poitrine ; bruits du cœur normaux ; pouls à 88, assez dur et développé ; peau de chaleur normale (le malade dit avoir eu, sur les deux heures du matin, une *fièvre en chaud*, qui a duré jusqu'à ce matin huit heures, sans avoir été précédée de frissons ni de sueurs).

17. — Bon sommeil cette nuit ; pouls à 84 ; peau de chaleur assez modérée ; langue rouge à la pointe et sur les bords,

saburrale au milieu; nulle douleur au ventre, qui est souple et sans gargouillement; la rate remonte à 3 à 4 pouces au-dessus des fausses-côtes, qu'elle ne déborde pas; respiration âpre, soufflante, comme luctueuse à la partie postérieure du côté gauche, qui n'offre de la matité que dans la région correspondante à la rate.

18. — Hier soir, à sept heures et demie, frisson pendant une demi-heure, suivi d'une chaleur qui a duré jusqu'à ce matin cinq heures, époque où le malade a un peu sué; pouls à 92-96; peau chaude, sans sueurs au moment de la visite. (*Limon. citriq.; solut. sir. gom.; catapl.; lav.; diète.*)

19. — Pouls à 72-76; peau fraîche; langue rouge et saburrale. (2 *tasses bouill.*)

20. — Peau de chaleur modérée; pouls à 68-72; accès de fièvre hier sur les quatre à cinq heures du soir (l'accès a été faible). (1/8 *d'aliments.*)

21. — Tremblement aujourd'hui, depuis une heure et demie jusqu'à deux heures et demie, puis chaleur jusqu'à quatre heures et demie; pouls à 104, souple, développé; moiteur de la peau. (*Limon. citr. gom.; pot. digit. gr. 6; lav. digit. gr. 6; 1/4 d'alim.*)

22. — La rate a 3 pouces verticalement, et ne déborde pas les fausses-côtes.

23. Le malade attend sa fièvre aujourd'hui.

24. — Fièvre hier (l'accès a commencé à onze heures du matin, et s'est continué jusqu'à la soirée). (*Même prescrip.*)

26. — Hier, l'accès a eu lieu à neuf heures et demie du matin, mais il a été moins fort que les précédents. (*Même prescription.*)

28. Hier, fièvre moins forte (l'accès a duré depuis neuf heures du matin jusqu'à une heure; il s'est terminé sans sueurs. (*Même prescription.*)

29. — Ce matin à sept heures et demie, frisson; à huit heures un quart, peau chaude et sèche (température de l'aisselle droite à $37^{\frac{5}{}}$); pouls à 88, développé; le malade

n'a pris hier que sa potion avec la digitale, et n'a pas eu son lavement avec la même substance. (*Potion digit. gr.* 8; 1/2 *lav. digit. gr.* 6.)

30. — L'accès d'hier a été moins long que les précédents; aujourd'hui, pouls à 48-52; température abdominale à 33°. (*Même prescription.*)

31. — L'accès, qui devait venir ce matin, n'a pas encore paru, du moins en froid; le pouls est à 92, et la température abdominale à 35°. (*Même prescription.*)

2 *juin.* — Langue rouge à la pointe et aux bords; pouls à 92-96; pas d'accès en froid. (*Suppression de la digitale.*)

4. — Ce matin à six heures, frisson passager suivi de chaleur (température abdominale à 36°); peau moite; pouls à 88; un peu de mal à la tête; l'urine de la veille et du matin exhale l'odeur de l'hydromel. (2 *tass. bouill.*; 2 *soupes aux herbes.*)

6. — L'accès a manqué complétement ce matin. (1/8 *d'alim.*; 1/2 *t. de vin.*)

8. — Pas de fièvre. (*Bain*: 1/4 *d'alim.*)

9. — Sortie. — Le pouls ne bat que 48 fois par minute.

OBSERVATION IV.

Salle des hommes, n. 1. — Le nommé Coumeras, âgé de 22 ans, tailleur, demeurant rue Buffaut, 26, né à Bruxelles; malade depuis 6 jours, entré le 25 avril 1836, sorti le 15 mai 1836.	*Diagnostic.* — Fièvre tierce.

D'une constitution de force moyenne; un peu maigre et pâle; ordinairement bien portant; à Paris depuis un mois seulement, pour la première fois.

Six jours avant l'entrée (dimanche dernier, à trois heures après midi), frissons qui ont duré jusqu'à huit heures; chaleur et sueur jusqu'à six heures du matin. Depuis cette époque, accès tous les deux jours entre onze heures et midi.

(*Le malade a bu de la tisane; il a travaillé les jours d'apyrexie, et a mangé comme à l'ordinaire.*) Il ne sait pas quelle est la cause de sa maladie.

23 *avril.* — Accès ce matin à onze heures : frisson pendant une heure, puis chaleur et sueur qui a commencé sur les quatre heures, et qui persiste à la visite du soir (à cinq heures); pouls large, développé, souple, à 92 ; respiration libre, à 28; la poitrine résonne bien partout; le murmure respiratoire est normal; céphalalgie ; teinte jaunâtre de l'ovale inférieur du visage; langue d'un rose pâle, un peu sèche; soif considérable; mauvais goût à la bouche; l'appétit n'est passable que les jours d'apyrexie; ventre souple, très légèrement douloureux à l'épigastre et dans le flanc droit où il y a un peu de gargouillement; la rate n'est pas notablement tuméfiée; selle solide hier et aujourd'hui.

Le malade est venu en voiture à l'hôpital à cause de l'accès de fièvre qu'il a eu aujourd'hui.

24 *à la visite du matin.* — Pouls à 68; peau douce au toucher, d'une chaleur modérée; la rate ne déborde pas; un peu de céphalalgie. (*Limon. citriq. gomm.; chicor. sauv.; lav. émoll.*; 1/8 *d'alim.*; 1/2 *tasse de vin.*)

25 *au matin.* — Le malade attend sa fièvre sur les onze heures.

26. — Hier à dix heures et demie, frissons, chaleur et sueur (l'accès a duré jusqu'à six heures); deux vomissements dans la journée; aujourd'hui apyrexie. (*Vésicat. rég. de la rate et digit. en poudre gr.* 10; *pot. digit. gr.* 8.)

28 — Hier, accès plus faible (presque pas de frisson). (*Même prescription.*)

29. — Hier, un peu de fièvre à deux heures, lorsque le malade est descendu au jardin.

Les jours suivants, il ne survient pas d'accès. (*On continue la poudre de digitale.*)

4 *mai.* — Le vésicatoire est sec, et la digitale n'est plus administrée par la méthode endermique depuis quelques

jours, en sorte qu'il ne serait pas impossible que la fièvre revînt.

5 *mai.* — Frissons pendant une heure environ, puis chaleur et moiteur; le soir à cinq heures, pouls à 60, souple, onduleux.

6 *mai.* — La rate ne déborde pas; apyrexie. (*Pot. avec digit. gr.* 12; 1/4 *d'alim.*)

7. — Accès de fièvre à neuf heures et demie du matin (frisson une demi-heure; chaleur et sueur jusqu'à trois heures).

11. — Ce matin à cinq heures, frisson pendant trois quarts d'heure; un vomissement. (*Même prescription.*)

13. — L'accès qui devait avoir lieu ce matin, a manqué. (*Pot. digit. gr.* 8; *lav. digit. gr.* 6.)

15. — Le malade demande sa sortie (1).

OBSERVATION V.

Salle des hommes, n. 19. — Le nommé Seguin, âgé de 28 ans, charretier, demeurant rue du Petit-Crucifix, 5, né à Buxerol (Puy-de-Dôme); malade depuis 19 jours, entré le 18 avril 1836, sorti le 1er mai 1836.

Diagnostic. — Fièvre tierce.

D'une bonne constitution; d'un tempérament sanguin-bilieux; ayant toujours joui d'une bonne santé; à Paris depuis six mois pour la première fois.

Il y a neuf jours, au milieu de la nuit, il a été pris de frissons qui ont duré environ trois heures (il a vomi une fois, pendant le frisson, des matières verdâtres très amères); les frissons ont été suivis de chaleur et de sueur.

La veille, le malade avait travaillé comme à l'ordinaire.

Le lendemain de son accès, il s'est trouvé faible, et a

(1) Nous aurions désiré qu'il restât encore pendant quelques jours dans nos salles, pour savoir si les accès ne se reproduiraient plus.

cependant continué ses occupations. Le surlendemain, il est retourné à son ouvrage, mais la fièvre est revenue sur les dix heures et demie, et l'accès ne s'est terminé que sur les sept heures du soir.

L'accès a reparu depuis tous les deux jours sur les dix heures et demie à onze heures du matin (le dernier accès est venu hier dimanche, 17 avril, à l'heure indiquée).

Durant les deux jours qui ont précédé celui de l'entrée, il y a eu des vomissements de matières verdâtres ou jaunâtres. (*Bouillon gras mêlé avec du vin ou eau chaude sucrée pour tout traitement, avant l'entrée.*)

18 *avril au soir.* — Pouls souple, large, développé, à 60; peau de chaleur naturelle, sèche; teinte jaune de la face, excepté aux pommettes, qui sont colorées en rouge vif; langue rosée, humide; bouche un peu amère; soif considérable; pas d'appétit; pas de nausées; ventre souple, indolent; la rate paraît avoir ses limites naturelles, et la région qu'elle occupe n'est pas douloureuse à la pression; une selle liquide hier dans la soirée; résonnance de la poitrine et respiration vésiculaire normales (cependant il y a trente inspirations par minute); urines rouges, abondantes; céphalalgie frontale légère, sommeil bon; le malade se sent un peu faible quand il est sur ses jambes.

19. — Ni le foie ni la rate ne débordent; teinte jaune de la face, excepté les pommettes; bruits du cœur naturels; la matité de la région du cœur est de 1 pouce 10 lignes transversalement, et de 1 pouce 11 lignes verticalement; peau de température normale; pouls à 64. (*Limon citriq.*; *chic. sauvage*; *lav. émoll.*; 2 *tass. bouillon*; 2 *pot. et* 12 *pruneaux.*)

20. — Hier, la fièvre est venue à neuf heures du matin (le frisson s'est prolongé jusqu'à midi); ce matin, le pouls est à 52, tandis qu'il était à 100 hier pendant l'accès; la rate ne déborde pas. (*Vésicatoire* 4 *à* 5 *pouces de diamètre à la région de la rate, et digit. en poudre gr.* 8 *pour pansement*; *pot. digit. gr.* 10; 1/8 *d'alim.*)

22. — L'accès d'hier a été moins fort que les précédents, et ne s'est pas terminé par des sueurs. (*Même prescription.*)

23 *et* 24. — Point d'accès. (*La digitale est continuée.*)

25, 26 *et* 27. — Il ne survient point d'accès. (*On supprime le vésicatoire, et on diminue graduellement, puis on supprime la digit. donnée en potion.*)

1er *mai.* — Sortie.

OBSERVATION VI.

Salle des hommes, n. 19. — Le nommé Grille, âgé de 21 ans, ébéniste, demeurant rue des Vinaigriers, 27, né à Belfort (Haut-Rhin); malade depuis 10 jours, entré le 25 mai 1836, sorti le 9 juin 1836.

Diagnostic. — FIÈVRE TIERCE D'ABORD, PUIS QUOTIDIENNE, *avec phénomènes bilieux.*

D'une forte constitution; sanguin-bilieux; brun; d'une bonne santé habituelle; à Paris depuis deux ans et demi.

Il y a dix jours, céphalalgie et accès de fièvre qui, pendant six jours, est revenu tous les deux jours. Depuis quatre jours, l'accès est venu tous les jours (l'accès se déclare de midi à deux heures.)

Le malade a pris de la tisane rafraîchissante et a cessé ses occupations.

25 *mai soir.* — Aujourd'hui à deux heures, frisson pendant dix minutes; chaleur ensuite et sueur à cinq heures; à cinq heures et demie, peau chaude partout, recouverte de sueur; visage rouge et injecté, mais surtout aux pommettes (le pourtour de la bouche offre une couleur jaunâtre qui contraste avec la rougeur du reste du visage); pouls à 96, assez développé; point de céphalalgie; langue rosée, humide; soif peu intense; inappétence; ni nausées, ni vomissements; ventre souple, indolent.

La rate est volumineuse et déborde d'environ 1 pouce 1/2 les fausses côtes gauches; pas de selles depuis hier; rien de notable pour le cœur et les poumons.

26. — Peau de chaleur modérée; pouls à 60-64; teinte jaune de l'ovale inférieur du visage; langue rosée, humide, avec couche saburrale au milieu; la rate déborde d'un pouce seulement (un peu moins qu'hier soir). (*Limon. citriq.; catapl. ventre; lav. émoll., diète.*)

27. — Hier à deux heures, accès qui s'est terminé à six heures. Ce matin, peau fraîche; pouls à 56; la rate déborde de près de 2 pouces : elle a 6 pouces 1/2 verticalement. (*Vésicat. région de la rate avec digit. gr.* 8 *pour pansement; pot. avec digit. gr.* 6; 1/8 *d'aliments.*

28. — L'accès d'hier a été à peu près le même que les précédents. (*Même prescription.*)

29. — Hier, l'accès est venu, mais a été un peu moins long. (*Même prescription.*)

30. — Hier l'accès est encore venu; pouls à 56-60 ce matin; température abdominale à 33°. (12 *gr. digit.*; *vésicat; digit. gr.* 8 *dans la potion.*)

31. — Hier, l'accès est venu comme à l'ordinaire de une heure moins un quart à sept heures du soir); la rate déborde toujours.

Pouls à 52 ce matin; température abdominale à 32-33° (*Même prescription.*)

1er *juin*, — Hier l'accès a encore eu lieu; le malade ne se sent pas bien ce matin; il a mal au cœur et partout, dit-il. (*Diète; le reste idem*).

2 *au matin.* — Pouls à 52 ; langue humide, un peu blanchâtre; fièvre comme la veille (de une heure moins un quart à six heures et demie).

Le soir, à six heures, pouls à 60; la fièvre est venue à la même heure, mais n'a pas duré si long-temps.

3 *au matin.* — Pas de fièvre. (*Toujours même prescript.*)

4. — Hier, la fièvre est revenue; ce matin le pouls est à 52. (*Même prescription.*)

5. Hier, la fièvre a manqué. (*Même prescription.*)

A partir de cette époque, il n'est survenu aucun nouvel

accès, et on a séché le vésicatoire et supprimé la digitale.

9. — Le malade sort.

La fièvre n'est point revenue.

La rate dépasse encore d'environ deux travers de doigt le rebord cartilagineux des fausses côtes.

Le pouls est à 40.

OBSERVATION VII.

Salle des hommes, n. 13. — Le nommé Janot, âgé de 38 ans, vannier, demeurant rue Reuilly, 7, né à Châteauroux (Indre); malade depuis 10 jours, entré le 20 août 1836, sorti le 30 août 1835.

Diagnostic. — SYMPTÔMES DE FIÈVRE QUOTIDIENNE, *suivie de congestion cérébrale* (*diagnostic d'abord douteux*).

D'une constitution assez bonne; brun; à Paris depuis deux ans; bien portant d'habitude.

Il y a dix jours, après avoir travaillé, ayant de l'eau sale jusqu'à la ceinture, il a été pris *d'un accès de fièvre* qui est revenu tous les jours sur les dix heures du matin (les premiers accès duraient environ cinq heures); depuis deux à trois jours la fièvre est devenue plus forte *et paraît ne l'avoir pas quitté.*

Le malade dit aussi avoir eu du dévoiement. Deux épistaxis ont eu lieu dans le cours de la maladie.

Le malade a pris une chopine de vin blanc avec un sou de poivre. Depuis hier seulement, il a cessé de manger.

20 *août soir.* — Pouls à 84-88, petit, faible et peu développé; bruits du cœur normaux; chaleur modérée de la peau qui est moite; pas de douleur dans les membres; faiblesse générale (le malade est venu à pied à l'hôpital et s'est arrêté deux fois en route); céphalalgie frontale; yeux rouges, conjonctives injectées; yeux à demi fermés (le malade redoute l'impression de la lumière); peu de sommeil à cause du mal de tête; les réponses sont lentes mais justes; étourdissements, éblouissements, bourdonnements d'o-

reille lorsque le malade est debout; langue rosée et humide; soif vive; pas d'appétit; bouche pâteuse; haleine aigrelette; ni nausées, ni vomissements; salive non acide; ventre un peu ballonné dans sa partie sous-ombilicale, partout souple et indolent, sans gargouillement, ni *éruption*; une selle demi-solide aujourd'hui même, rendue sans colique; respiration vésiculaire bonne partout, si ce n'est au-dessous de la pointe de l'omoplate gauche où il y a un peu de rhuncus sonore; la résonnance est généralement un peu faible en arrière; ni toux ni expectoration; point de douleur dans la poitrine; *la rate ne déborde pas le rebord des fausses côtes droites.*

21. — Sommeil agité cette nuit; yeux injectés, brillants, larmoyants; respiration fréquente; un peu suspirieuse; peau chaude et couverte de sueur en plusieurs points, sur l'abdomen en particulier; pouls à 80, assez dur, médiocrement développé; résonnance et respiration vésiculaire bonnes; un peu d'enchifrènement; langue humide et rosée; pas de selle depuis hier; urine du matin limpide, jaune d'or, d'odeur normale. (*Solut. sir. limon et sir. tartareux; lav. huileux; pédil. sinap.; diète.*)

22. — Mieux; épistaxis peu abondante hier; hier aussi sur les dix heures du matin, le malade a eu du frisson, du tremblement et de la chaleur; pouls à 84; peau sudorale; deux selles depuis hier; langue belle, humide; ventre souple; yeux moins animés. (*Pédiluv. sinap.; diète.*)

23. — Hier, nouvel accès de fièvre sur les dix heures du matin; frisson pendant une demi-heure; chaleur ensuite et sueur jusqu'à six heures du soir; urine du matin trouble et jumenteuse, d'un jaune sale, d'odeur normale, fortement acide.

Le malade se trouve bien ce matin; peau moite; pouls à 80-84; visage moins animé; yeux encore brillants; langue bonne; *la rate ne déborde pas.* (*Vésicat. région de la rate; pot. digit. gr.* 6; 2 *tasses bouill.*)

24. — Hier, accès plus faible et plus court (il a commencé à deux heures et a fini à six heures et demie); ce matin le malade se trouve bien; pouls à 88-92; chaleur et moiteur de la peau. (*6 gr. de digitale à la surface du vésicat. et autant dans une potion.*)

25. — Hier, la fièvre n'est pas venue; urine du matin rouge d'ocre, un peu trouble; langue bien humide; un peu de moiteur à la peau; pouls à 84. (1/8 *d'alim.; digitale ut suprà*).

26. — La fièvre n'est pas revenue; bien en tout; pouls à 76-80 (1/4 *côtelette; digitale ut suprà.*)

27. — Point de fièvre hier; bien en tout. (*Demie d'alim.; digitale ut suprà.*)

28. — Point d'accès de fièvre. (2 *gr. seulement de digitale.*)

30. — Guérison définitive. — Sortie.

OBSERVATION VIII.

Salle des hommes, n. 5. — Le nommé Normand, âgé de 16 ans, relieur, demeurant rue Guénégaud, 1, né à Beaulieu (Loire); malade depuis 8 jours, entré le 9 mai 1836, sorti le 19 mai 1836.

Diagnostic. — FIÈVRE TIERCE.

Brun; d'une constitution de force moyenne; teint pâle; bien portant ordinairement; à Paris depuis six mois.

Au mois de janvier dernier, fièvre tierce, pour laquelle il est resté à la Charité quinze jours (*il fut traité par le sulfate de quinine*).

Il y a huit jours, le matin à six heures, frisson qui dura une demi-heure, et fut suivi de chaleur jusqu'à quatre heures; depuis cette époque, même accès tous les deux jours à la même heure (il a eu en tout quatre accès).

Il ne sait quelle est la cause de sa maladie.

Depuis huit jours, il n'a fait aucun traitement.

9 *mai soir.* — C'est ce matin que le quatrième accès a eu lieu ; il s'est terminé à midi ; depuis cette heure, douleur de tête et étourdissements ; teint d'un jaune terreux ; langue humide, blanchâtre et un peu râpeuse ; pas de soif ; appétit ; pas de nausées ni de vomissements, ni de douleur à l'épigastre et dans la région de la rate (elle paraît tuméfiée) ; ventre souple, indolent ; pas de selles depuis huit jours ; pouls à 80, fort, développé ; peau chaude, ni sèche, ni moite ; bruits du cœur normaux ; respiration normale.

10. — La rate dépasse d'un grand pouce le rebord cartilagineux des fausses côtes et remonte à un pouce et demi au-dessus du sein. (*Lim. citriq. gom.* ; *chicor. sauvage*; *lavem. émoll.*; 1/8 *d'aliments* ; 1/2 *tasse de vin.*)

11. — L'accès est venu dans la nuit ; vomissement d'un bon verre d'un liquide bilieux ; ce matin, le malade est dans le stade de chaleur ; pouls à 104-108 ; peau chaude et sèche ; langue sèche ; soif vive ; rate plus tuméfiée qu'hier, non douloureuse ; mal à la tête. (*Limon. citriq. gom. et solut. sir. gros.* ; *lavem. émoll.* ; *pot. sulfate de quinine gr.* 8 *pour demain* ; *diète.*)

12. — L'accès d'hier a duré jusqu'à onze heures du matin (il n'y a pas eu de sueur).

Aujourd'hui, la rate n'est pas aussi saillante qu'hier; pouls à 60-64. (1/8 *d'aliments.*)

13. — La fièvre a encore eu lieu cette nuit ; la peau est d'une chaleur normale ; le pouls à 68-72, développé ; visage moins terreux ; céphalalgie ; pas de soif. (*Sulfate de quin. gr.* 10.)

14. — Le teint est meilleur ; apyrexie. (*Même prescription.*)

15. — Pas de fièvre ce matin.

16. — Pas de fièvre.

17. — Constipation. (*Manne* 2 *onces*, *sulf. de soude*

2 gros dans une tasse de bouillon; et 1/4 d'aliments; pruneaux.)

19. — Sortie.

OBSERVATION IX.

Salle des femmes, n. 3. — La nommée Momont, âgée de 32 ans, domestique, demeurant rue de Cléry, 82, née à Clermont (Puy-de-Dôme); malade depuis 10 jours, entrée le 2 juillet 1836, sortie le 26 juillet 1836.

Diagnostic. — FIÈVRE TIERCE *chez une femme récemment accouchée.*

D'une bonne santé habituelle, et bien réglée; à Paris depuis un an et demi.

Elle est accouchée il y a dix jours; son accouchement a été facile; elle n'a pas nourri; elle entre à l'hôpital pour la *faiblesse* et la *fièvre* qui a persisté depuis son accouchement, et qui est accompagnée de sueurs.

2 *juillet au soir.* — Les lochies coulent encore, mais elles sont peu abondantes; les seins ne sont pas gonflés; le toucher fait sentir dans la région de l'utérus une masse globu- ayant la forme de cet organe, mais plus grosse; la région hypogastrique n'est point douloureuse à la pression; le col utérin n'est pas douloureux au toucher; il est entr'ouvert et reçoit le doigt entier; la lèvre antérieure est plus saillante que la postérieure, qui offre quelques déchirures et des inégalités; ni nausées, ni vomissements; peu d'appétit; langue blanchâtre; pas de selles depuis trois jours; la poitrine résonne bien partout; râle sec, ronflant, sonore, en avant et en arrière de la poitrine; bruits du cœur normaux; pouls à 80, médiocrement développé, assez ferme; peau chaude et moite; faiblesse générale; pas de céphalalgie; pas de tintements d'oreilles; pas de sommeil.

3. — Pas de bruit de diable dans les carotides; on sent l'utérus à près de deux pouces au-dessus du pubis (il est

au moins triple de son volume naturel; pouls à 96 (*mais il existe de l'émotion*), étroit. (*Petit-lait; bouillon de veau aux herbes; solut. sir. limon.; bain simple; 1/2 lavem. huileux; bandage ventre; 2 tasses bouill.; 1 soupe.*)

4. — Une selle depuis hier; langue sèche et brunâtre; ventre ballonné; pouls à 112 (cette fréquence n'est pas en rapport avec la chaleur de la peau, qui est normale). (*Diète; le reste idem.*)

Du 5 *au* 8. — Mieux; la malade sue beaucoup; langue humide, un peu rouge; pouls à 80; l'utérus revient à son volume normal. (*Du bouillon et du lait; le reste idem.*)

11. — Hier, à deux heures et demie, frisson qui a duré jusqu'à quatre heures et demie; il est survenu ensuite une chaleur sans sueur, qui a continué jusqu'à quatre heures du matin.

12. — Peau fraîche; sueurs assez abondantes dans la nuit; le matin, pouls à 68; la rate ne déborde pas.

13. — Hier soir à huit heures, chaleur non précédée de frisson, ni suivie de sueurs; ce matin, pouls à 84-88; langue un peu sèche.

14. — Mieux; pas de fièvre. (1/8 *maigre.*)

15. — Ce matin, à trois heures, frisson qui a duré jusqu'à six heures; de six heures à huit heures, chaleur assez vive; à la visite, pouls à 112, et chaleur sèche de la peau; la rate ne déborde pas. (*Potion avec sulfate de quinine gr.* 8.)

17. — Peau fraîche; pouls à 64-68; point de fièvre; bon appétit. (1/4 *maigre; le reste idem.*)

18. — Hier soir, à huit heures, frisson très fort qui a duré pendant une demi-heure; la chaleur et la sueur ont duré jusqu'à quatre heures du matin. (*On continue le sulfate de quinine.*)

19, 20 et 21. — La fièvre n'est point revenue. (1/2 *d'aliments.*)

26. — Sortie. — Guérison confirmée.

OBSERVATION X.

Salle des femmes, n. 7. — La nommée Groseille, âgée de 25 ans, domestique, demeurant barrière du Roule, 17, né à Vannes (Morbihan); malade depuis 4 jours, entrée le 20 juin 1836, sortie le 6 juillet 1836.

Diagnostic. — FIÈVRE TIERCE. *Léger rhume.*

D'une constitution forte et sanguine; bien réglée; bonne santé habituelle; à Paris depuis sept mois.

Il y a quatre jours, *mal de reins*; frisson le matin; chaleur ensuite et sueur; le lendemain (samedi), point de fièvre; le dimanche, *accès de fièvre* tel que nous allons le décrire plus bas.

Dès le premier accès, une douleur s'est manifestée *en bas du côté gauche de la poitrine.*

La malade est venue à pied à l'hôpital, et est allée en voiture au Bureau central.

Elle est restée couchée depuis le commencement de sa maladie.

20 *juin soir.* — Hier, nouvel accès: de midi à deux heures a eu lieu le stade de froid; la chaleur et la sueur ont duré jusqu'à quatre heures après midi; céphalalgie frontale; peu de sommeil; éruption croûteuse à la lèvre supérieure; teinte jaunâtre générale du visage, surtout de l'ovale inférieur; langue blanchâtre, humide; bouche amère; ni nausées, ni vomissements; soif intense; inappétence; ventre indolent; le foie et la rate ne débordent pas; pas de selle depuis hier; voix enrouée; rien autre chose pour la respiration; pouls à 60, médiocrement développé; bruits du cœur normaux; peau un peu chaude et moite; urine rouge.

Les règles coulent depuis trois jours (elles en durent ordinairement quatre).

La malade attend sa fièvre pour demain à midi.

21. — Pouls à 64 ; température abdominale à 37°; langue blanche; ventre souple. (*Viol. guim. sir. gom.; pot. sir. diacode 1 once; 2 tasses bouill.* ; 1 *tasse de lait.*)

22. — Hier à cinq heures, chaleur de la peau; visage rouge (le frisson avait eu lieu à midi et demi). (178 *maigre.*)

24. — Hier, de midi moins un quart jusqu'à deux heures moins un quart, *accès de fièvre bien constaté.* (174 *d'aliments.*)

25. — La malade attend sa fièvre pour aujourd'hui. (*Chicorée sauvage ; potion avec sulfate de quinine gr.* 10.)

26. — Hier, *accès* de midi à deux heures. (*Même prescription.*)

28. — La fièvre a manqué hier (il y a eu seulement un peu de céphalalgie). (*Même prescription.*)

1er *juillet.* — La fièvre n'est point revenue.

3. — Constipation. (*Eau de Sedlitz.*)

4. — Trois à quatre selles depuis hier par l'eau de Sedlitz. (*Bain ; 172 d'aliments.*)

6. — Sortie.

OBSERVATION XI.

Salle des femmes, n. 6. — La nommée Girard, âgée de 16 ans, domestique, demeurant rue de Rivoli, 24, née à Coigner (Seine-et-Oise); malade depuis 8 jours, entrée le 23 mai 1836, sortie le 29 mai 1836.	*Diagnostic.* — FIÈVRE TIERCE *avec état chlorotique.*

D'une constitution grêle, délicate, nerveuse, *anémique*; à Paris depuis six semaines.

La malade n'est pas encore réglée.

Il y a trois ans, fièvre quotidienne qui dura trois semaines, et fut *coupée* par le *quinquina jaune en poudre.*

Depuis son arrivée à Paris, la malade se plaint de palpitations, et depuis huit jours, elle est atteinte d'une fièvre tierce dont les accès débutent de cinq à six heures du ma-

tin pour se terminer sur les quatre heures du soir (le dernier accès seulement a commencé à trois heures et demie du matin).

Avant l'entrée, 10 sangsues ont été appliquées à la vulve.

23 *mai soir.* — Teinte jaune-terreuse légère du visage, et surtout du pourtour de la bouche; lèvres un peu sèches; langue humide, rouge à la pointe et aux bords, avec enduit blanchâtre au milieu; soif; inappétence; bouche pâteuse; nausées et vomissements de bile verte ce matin à dix heures; ventre généralement un peu sensible à la pression; la rate est tuméfiée et déborde d'un demi-pouce environ les fausses côtes gauches; pas de selles depuis trois jours; urine rouge et épaisse; rien de bien notable pour la respiration et le cœur; pouls à 80, petit; peau sèche, de chaleur normale (la malade attend un accès de fièvre pour demain); *bruit de diable dans la carotide gauche seulement*; sommeil bon.

24 *à la visite.* — Apyrexie. (*Limonade citriq. et solut. sir. gros.; lavem. émoll.; catapl. ventre; 2 tasses bouillon de poulet.*)

25. — La fièvre n'est pas venue hier. (1/4 *d'aliments.*)

26, 27, 28 et 29. — Apyrexie; la température de l'aisselle gauche est à 32°, et celle de l'épigastre à 35°.

La fièvre ne revenant pas, la malade sort le 29 mai.

OBSERVATION XII.

Salle des hommes, n. 5. — Le nommé Derome, âgé de 38 ans, bottier, demeurant rue des Prêcheurs, 5, né à Arras (Pas-de-Calais); malade depuis 4 jours, entré le 1er juin 1836, sorti le 7 juin 1836.

Diagnostic. — FIÈVRE QUOTIDIENNE?

D'une constitution forte; d'un tempérament bilioso-sanguin; à Paris depuis vingt ans.

Il y a quatre jours (samedi dernier vers minuit), frisson

qui a duré pendant deux à trois heures, et qui a été suivi de chaleur et de sueurs jusqu'à quatre heures environ du matin. Le lendemain le malade a vomi le bouillon qu'il avait pris, et à dix heures du soir, un nouvel accès de fièvre s'est déclaré.

Même accès les jours suivants (le frisson n'a pas été aussi fort que celui des jours précédents).

Le cinquième accès devait avoir lieu le 1er juin, jour de l'entrée à l'hôpital.

Le malade ne sait à quoi attribuer sa maladie; il travaille dans un endroit humide depuis cinq mois.

1er *juin soir.* — Il est venu à pied à l'hôpital assez facilement; peu de mal à la tête; lassitudes; sueur au visage; peau chaude, moite en quelques endroits du tronc; yeux un peu injectés; langue rosée, humide, nette; bouche amère; soif, inappétence; ni nausées ni vomissements; rate non tuméfiée (la pression produit un peu de douleur au bas de l'hypochondre gauche); une selle dans la journée; rien au cœur ni aux poumons; pouls à 84, médiocrement développé, assez résistant.

2. — Pouls à 60; peau fraîche plutôt que chaude (la température abdominale est à 32°); hier soir, à neuf heures, frisson qui a duré jusqu'à onze heures. (*Solut. sir. limon. et sir. gros.*; *lavem. huileux*; *catapl. ventre*; 2 *t. de bouill.*)

3 *et* 4. — Aucun accès de fièvre bien caractérisé; le pouls est à 60-64; la température abdominale est à 31°, celle de la bouche à 36-37°; la rate est d'un volume normal. (1/8 *d'aliments.*)

7. — Point d'accès. — Sortie.

OBSERVATION XIII.

Salle des hommes, n. 9. — Le nommé Prouin, âgé de 49 ans, journalier, demeurant rue et île Saint-Louis, 31, né à Paris : malade depuis 15 jours, entré le 1er avril 1836, sorti le 7 avril 1836.

Diagnostic. — Fièvre tierce ?

D'un tempérament sanguin-bilieux; ancien sous-officier dans l'ex-garde impériale; il n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre quotidienne en 1815.

Il y a quinze jours, à neuf heures du matin, frisson qui a duré trois heures, suivi de chaleur et de sueur (cet accès a duré jusqu'à quatre heures). Les huit jours suivants, l'accès est revenu à dix heures tous les deux jours (le dernier accès a eu lieu le jour d'entrée à une heure du matin; il s'est terminé à cinq heures du matin). *Le malade a pris un vomitif sept jours avant son entrée.*

Il ne sait à quoi attribuer sa maladie ; il dit que son travail habituel l'expose à l'humidité.

1er *et 2 avril.* — Visage pâle, terreux ; langue blanchâtre; bouche amère le matin ; soif; appétit passable depuis quatre à cinq jours; ventre non douloureux; la rate n'est pas notablement tuméfiée; pouls développé et lent (à 44). (*Chic. sauvage*; *lav. émoll.*; 1/4 *pruneaux.*)

3. — Frisson d'une demi-heure, à quatre heures du matin; il n'a été suivi ni de chaleur ni de sueur. (1/2 *d'alim.*)

4, 5, 6. — Pas d'accès de fièvre.

7. — Sortie.

OBSERVATION XIV.

Salle des hommes, n. 20. — Le nommé Bauchamp, âgé de 33 ans, tanneur, demeurant rue Philippeaux, 8, né à Saint-Hermine (Vendée); malade depuis 6 jours, entré le 11 avril 1836, sorti le 19 avril 1836.

Diagnostic. — FIÈVRE TIERCE PRÉSUMÉE.

D'une forte constitution; ancien militaire (il a servi dans les colonies pendant quatre ans, et a été atteint de la dysenterie qui y règne endémiquement); toujours bien portant depuis deux ans qu'il est à Paris.

Il y a six jours, frisson suivi de chaleur et de sueur; céphalalgie; envies de vomir et vomissements bilieux; point de dévoiement. Trois accès semblables ont eu lieu avant l'entrée du malade.

Il ne sait à quoi attribuer sa maladie. Sa profession l'oblige, dit-il, à avoir les pieds habituellement dans l'eau.

12 *avril.* — Visage terreux, jaunâtre, dans son ovale inférieur; lèvres sèches; peau chaude avec un peu de moiteur à la poitrine (taches et papules irrégulièrement disséminées sur la peau); pouls à 64-68, souple, peu développé; langue humide, un peu rosée, assez nette; bouche mauvaise; soif; point d'appétit; légère douleur dans la région sous-ombilicale; ventre souple; point de gargouillement; pas de selle depuis avant-hier; la rate ne déborde pas les fausses côtes gauches; respiration libre; peu de sommeil à cause de la céphalalgie sus-orbitaire.

Le malade a été conduit à l'hôpital par un camarade qui lui donnait le bras; il dit que le dernier des trois accès dont il a été question plus haut a eu lieu la veille à dix heures du matin, et qu'il en attend un autre pour demain matin. (*Limonade citr. gom.*; *catapl. ventre*; *lav. huil.*; *diète.*)

13. — Pouls à 72; *le malade dit qu'il sent son accès appro-*

cher et qu'il a du frisson dans le dos; pas de selle depuis quatre jours. (*Lav. huileux; 2 tasses de bouill.; le reste idem.*)

14. — Pouls à 56; chaleur normale de la peau; hier, à dix heures du matin, une heure de frisson, puis chaleur et sueur (l'accès a fini de trois heures et demie à quatre heures après midi). (2 *tasses bouillon*; 2 *crèmes de riz*; *une pomme cuite et un échaudé.*)

15. — Le malade attend sa fièvre aujourd'hui; pouls à 60-64; peau d'une chaleur douce et halitueuse; le foie et la rate ne débordent pas. (1/8 *d'alim.*)

16. — Hier, l'accès n'est venu qu'à midi, et il s'est terminé à trois heures (il a été plus faible que les précédents). (1/4 *d'alim.*)

17 *et* 18. — Il n'est pas survenu de nouvel accès.

19. — Point d'accès. — Sortie.

OBSERVATION XV.

Salle des hommes, n. 19. — Le nommé Berger, âgé de 35 ans, journalier, demeurant rue de la Savonnerie, 6, né à Léry (Savoie): malade depuis 8 jours, entre le 9 mai 1836, sorti le 19 mai 1836.

Diagnostic. — FIÈVRE TIERCE.

D'une constitution plutôt faible que forte; un peu maigre; bien portant ordinairement; à Paris depuis vingt et un jours.

Il y a onze ans, fièvre tierce qui a duré un an.

Il y a huit jours, à sept heures du matin, frisson de deux à trois heures, suivi de chaleur et de sueur; mal de tête toute la journée (il a continué depuis). Le lendemain, pas de fièvre; le surlendemain, fièvre sur les huit heures du matin (frisson pendant quatre heures; la chaleur et la sueur ont duré toute la journée et toute la nuit). La fièvre est venue depuis tous les deux jours à la même heure; le dernier accès a eu lieu ce matin à huit heures.

Le malade ne connaît pas la cause de sa maladie.

9 *au soir.* — Teinte terreuse de la peau du visage, avec couleur jaune du pourtour de la bouche, et surtout du sillon naso-labial ; langue humide, blanchâtre au milieu ; ni faim ni soif ; bouche pâteuse ; un vomissement bilieux avant-hier ; un peu de gêne plutôt que de douleur à l'épigastre ; la rate ne paraît pas tuméfiée ; le foie remonte jusqu'auprès du sein, et déborde un peu les fausses côtes ; pouls à 64, assez dur, médiocrement développé ; rien de notable pour la respiration ; bruits du cœur normaux ; peau chaude et légèrement moite ; peu de sommeil la nuit.

10. — Le malade a *vomi* cette nuit un ver lombric ; apyrexie. (*Limon. citriq. gom.*; *solut. sir. gros.*; *catapl.*; *lav. émoll.*; *diète.*)

11. — L'accès qui devait venir ce matin à huit heures a manqué. (2 *tass. bouill.*, 1 *soupe aux herbes.*)

12 *et* 13. — Point de fièvre. (1/4 *d'alim.*)

19. — Sortie. — Guérison.

OBSERVATION XVI.

Salle des hommes, n. 7. — Le nommé Lavergne, âgé de 19 ans, bottier, demeurant rue J.-J. Rousseau, 23, né à Saint-Savin (Vienne); malade depuis 15 jours, entré le 19 avril 1836, sorti le 26 avril 1836.

Diagnostic.—FIÈVRE QUOTIDIENNE? *Sudamina sur les parties latérales de l'abdomen.*

D'une bonne constitution; d'un tempérament bilioso-sanguin ; à Paris depuis neuf mois ; toujours bien portant jusqu'ici.

Il y a quinze jours, sur les six heures du soir, il a été pris, en travaillant, de frisson dans les bras, dans les jambes (ce frisson a duré une heure et demie à deux heures); il a eu chaud ensuite pendant toute la nuit, mais il n'a point sué.

Le lendemain, il a repris son ouvrage et a mangé avec moins d'appétit qu'à l'ordinaire. Le soir, la fièvre est reve-

nue comme la veille; tous les jours suivants, l'accès a été le même (toujours il est venu à six heures du soir, et jamais, selon le malade, il ne s'est terminé par la sueur).

Le malade a pris de la tisane d'orge et de chiendent, et de l'eau rougie; il assure que sa fièvre est restée la même depuis quinze jours.

Il ne sait à quoi attribuer cette fièvre.

19 *avril soir.* — Pouls à 90, médiocrement fort et développé; peau chaude et *moite*; respiration facile, à 24; langue rosée et humide; mauvais goût à la bouche; soif; inappétence; pas de nausées; ventre souple et indolent; la rate et le foie ne débordent pas les fausses côtes; selles naturelles; point de mal à la tête; sommeil tranquille; le malade attend sa fièvre ce soir à six heures.

20. — Le malade dit que sa fièvre est venue hier soir à six heures, et qu'elle a fini ce matin à six heures; peau chaude et moite (il assure que c'est la première fois qu'il sue depuis le début de la fièvre); sudamina nombreux sur tout le ventre, mais principalement dans les régions iliaques; pouls à 80-84, souple, onduleux; lèvres un peu sèches; teint un peu jaune-terreux; langue blanchâtre au milieu, un peu rouge à la pointe, assez humide; soif; bouche mauvaise; peu d'appétit; ventre souple et indolent; l'auscultation et la percussion ne donnent que des résultats normaux pour le cœur et les poumons. (*Solut. sir. gros. et limon. citriq. gom.*; *lav. émoll.*; *diète.*)

21. — Le malade dit qu'il a eu la fièvre hier soir à six heures (frisson et chaleur ensuite, comme les jours précédents); pouls à 84; même état du ventre. (2 *tasses de bouil. de poulet*; *le reste idem.*)

22. — Le malade dit que sa fièvre est venue hier à cinq heures et demie du soir, mais moins forte (le pouls est tombé de 120 à 72); peau de chaleur modérée, un peu moite; soif; sommeil bon; appétit. (1/8 *œufs.*)

23. — Pouls à 72; le malade s'est levé hier jusqu'à midi,

et s'est couché à cinq heures du soir ; à cinq heures et demie, pas de fièvre ; point d'accès dans le reste de la soirée. (1/4 *d'alim.*; *bains.*)

24 *et* 25. — Pas de fièvre.

26. — Sortie.

OBSERVATION XVII.

Salle des hommes, n. 26. — Le nommé Mésanger, âgé de 29 ans, demeurant rue de la Roquette, 46, fileur de laine, né à Versailles (Seine-et-Oise) ; malade depuis 1 mois, entré le 27 avril 1836, sorti le 28 avril 1836.

Diagnostic. — FIÈVRE TIERCE ?

D'une constitution de force moyenne ; d'un tempérament sanguin-bilieux ; habituellement bien portant.

Engagé volontairement en 1830 pour Alger, il y est arrivé en 1831, et y est resté pendant vingt-deux mois ; au bout de six mois, fièvre tierce qui a duré cinquante jours, et a été traitée par le sulfate de quinine ; trois mois après, nouvelle fièvre tierce qui a duré un mois, et a été aussi traitée par le sulfate de quinine ; quatre ou cinq mois après cette fièvre, dysenterie qui a duré un mois (*elle a été traitée par plusieurs saignées et des sangsues sur le ventre*) ; environ un mois plus tard, *coup de soleil* sur la tête, qui fut suivi de délire ; la maladie dura huit jours (elle fut traitée par deux saignées et une application de sangsues à l'épigastre) ; une nouvelle fièvre tierce se déclara et dura trois semaines (elle a été traitée par le sulfate de quinine) ; pour la cinquième ou sixième fois, il survint encore une fièvre tierce dont il ne se rappelle pas la durée, et qui fut traitée comme les autres.

Il attribue ces fièvres intermittentes *soit à l'usage immodéré de l'eau-de-vie, soit au froid humide qu'il a éprouvé en couchant en plein air.*

Il a quitté Alger le 29 octobre 1832, et était alors assez bien portant; depuis son retour en France, il dit avoir été *repris* d'une fièvre tierce légère (les accès commencent, dit-il, à cinq ou six heures du soir, et se terminent à minuit; le dernier accès a eu lieu la veille de l'entrée à quatre heures du soir).

27 *avril.* — Teint d'un jaune pâle et terreux; bouche amère; langue rosée, humide; inappétence; un peu de douleur à l'épigastre; rate et foie conservant leur volume ordinaire; ventre souple; constipation habituelle; pouls à 96, petit; peau assez fraîche et sèche; rien du côté du cœur ni des poumons; pas de céphalalgie; sommeil assez bon.

28. — Pouls à 72-76; peau de chaleur normale. — Le malade demande sa sortie.

OBSERVATION XVIII.

Salle des hommes, n. 5. — Le nommé Desbois, âgé de 28 ans, cuisinier, demeurant rue du Rocher, 32, né à Dijon (Côte-d'Or); malade depuis 15 jours, entré le 26 août 1836, sorti le 30 août 1836.

Diagnostic. — Fièvre quarte?

D'une forte constitution; châtain; à Paris depuis huit mois; bonne santé jusqu'à la maladie actuelle.

Il y a quinze jours, il a été pris de frisson et de tremblement sans sueur ni chaleur. Des *accès* pareils sont revenus sous le type quarte (ils durent de huit heures du matin à midi); la faiblesse qui succède à l'accès empêche le malade de travailler le jour de cet accès et le jour suivant.

Le dernier accès a eu lieu le 25 (il a été comme les précédents, sans sueur ni chaleur); un nouvel accès est attendu pour le 28.

Le malade ne sait à quoi attribuer cette fièvre.

26 *août soir.* — Point de mal à la tête; bas du visage jau-

nâtre ; langue rosée, humide ; soif assez vive ; peu d'appétit; salive neutre, ni nausées ni vomissements ; ventre souple, indolent; le foie et la rate ne débordent pas ; pas de selle depuis la veille; pouls à 50, régulier, souple; bruits du cœur normaux ; chaleur modérée de la peau, qui est sans sueur ni moiteur ; un peu de toux sans expectoration ; résonnance de la poitrine et respiration vésiculaire bonnes; douleur dans tous les membres (le malade est venu à pied à l'hôpital, mais il a marché avec peine) ; étourdissements lorsque le malade se baisse ; assez bon sommeil.

27. — Même état; bon sommeil la nuit passée ; pouls à 48-52 ; la peau ne présente pas la teinte pâle, flétrie, terreuse d'une ancienne fièvre intermittente ; l'urine du matin offre une teinte jaune un peu foncée, et un léger nuage. (*Solut. sir. limon.* ; *lav.*; 1/8 *d'alim.*)

28. — Le malade attend sa fièvre ce matin à huit heures; soif moins vive qu'à l'ordinaire ; pouls à 52 ; chaleur normale de la peau.

29. — La fièvre n'est pas venue hier. (1/2 *d'alim.*)

30. — Sortie.

TROISIÈME CLASSE.

MALADIES QUI CONSISTENT EN UNE SIMPLE AUGMENTATION OU EN UNE SIMPLE DIMINUTION DE LA NUTRITION, DE LA SÉCRÉTION ET DE L'ABSORPTION.

ORDRE PREMIER.

ATROPHIE ET HYPERTROPHIE.

ARTICLE PREMIER.

Atrophie.

Parmi les cas que contiennent les précédentes classes de maladies, il en est un certain nombre dans lesquels nous avons noté un état d'atrophie de divers organes ou même de l'économie presque tout entière (car n'est-ce pas une véritable atrophie de ce genre que cet amaigrissement qu'on observe dans certaines affections chroniques, dans celle qui porte le nom de phthisie, par exemple?). Nous ne pouvons consigner ici les observations dans lesquelles l'atrophie n'a été qu'un effet d'autres maladies, et nous renvoyons le lecteur à ces observations telles qu'elles ont été rapportées ailleurs.

Parmi les observations qui nous restent, nous n'en trouvons aucunes qui soient relatives à des atrophies primitives et essentielles, c'est-à-dire indépendantes de tout autre état morbide; c'est pourquoi nous allons passer immédiatement au second ordre de cette classe.

ARTICLE II.

Hypertrophie (irritation nutritive de Dupuytren).

Les hypertrophies constituent une espèce de maladie qui ne saurait être confondue avec aucune autre. Sans doute, sous un point de vue, elles ont pu être considérées justement par Dupuytren et les élèves de son école, comme un *genre* dans la grande classe des *irritations* (de là le nom d'irritations nutritives qu'elles ont reçu de cet illustre chirurgien). Mais il est évident qu'entre elles et les irritations dites inflammatoires, il y a cette différence vraiment énorme, savoir : que dans celles-ci, la nutrition, l'action organique, sont profondément altérées et fournissent des produits particuliers, tels que le pus et les fausses membranes, tandis que dans l'hypertrophie pure et simple, il ne se forme point de pareils produits, et les organes qui en sont le siége s'*assimilent* seulement une plus grande quantité de molécules *organiques* que dans l'état normal. Dans l'hypertrophie, il n'y a, pour ainsi dire, que lésion de *quantité*; il y a, au contraire, lésion de *qualité* dans l'inflammation, et souvent aussi en même temps lésion de *quantité*.

Il est très vrai cependant que l'hypertrophie se rencontre dans des organes qui ont été le siége de longues phlegmasies; mais, le plus souvent alors, elle existe dans les tissus voisins de celui qui a été enflammé (hypertrophie des tissus musculaire, cellulaire, fibreux et sous-jacents aux membranes muqueuses et séreuses chroniquement enflammées), et quand elle occupe le tissu même qui a été enflammé, c'est que l'inflammation de celui-ci a cessé pour faire place à une simple irritation nutritive.

L'importante circonstance que nous signalons explique pourquoi nous avons déjà rapporté à l'article des phlegmasies chroniques un grand nombre d'exemples d'hypertrophies; non que nous confondions, encore une fois, ces

maladies avec les phlegmasies, mais parce qu'elles en sont une des suites les plus constantes. Aussi, parmi les faits qui nous restent, ne trouvons-nous plus que deux cas d'hypertrophie, qui tous les deux sont relatifs à celle du cœur. Nous n'avons pas la certitude absolue que dans ces deux cas eux-mêmes, il n'y ait pas eu, antérieurement à l'hypertrophie, quelque phlegmasie prolongée, mais sourde et *latente*, de la membrane interne du cœur. Ce n'est pas que réellement l'hypertrophie du tissu musculaire du cœur, comme celle des muscles extérieurs, ne puisse se développer pour ainsi dire d'emblée, sous l'influence d'un exercice forcé de l'organe, etc. Mais dans les deux cas que nous allons rapporter, rien ne nous porte à soupçonner qu'il en ait été ainsi, et, d'un autre côté, le sujet de la seconde observation a été atteint d'un rhumatisme articulaire, maladie dans laquelle il est si commun de rencontrer une endocardite.

CHAPITRE UNIQUE.

Relation de deux cas d'hypertrophie du cœur.

OBSERVATION I.

Salle des hommes, n. 22. — Vanachère, âgé de 21 ans, malade depuis une époque mal déterminée, entré le 6 juillet 1836, sorti le 11 juillet 1836.

Diagnostic. — HYPERTROPHIE DU CŒUR *chez un sujet offrant quelques symptômes de courbature et de léger embarras gastrique.*

Atteint, à diverses reprises, de fièvres intermittentes prolongées, il éprouve depuis une époque qu'il ne peut bien préciser, des palpitations et un peu d'essoufflement en montant, accidents qu'il attribue aux fatigues de son état (il est cordonnier).

Depuis trois semaines, douleurs vagues dans la poitrine; mal à la gorge et au ventre (on lui a pratiqué chez lui une saignée); depuis quatre jours, perte de l'appétit; aigreurs dans la bouche, et quelquefois vomissement d'une partie des aliments, un quart d'heure après les avoir pris.

Au moment de l'entrée, les symptômes gastriques ci-dessus indiqués persistaient (l'appétit était nul, la bouche amère, l'épigastre un peu douloureux à la pression; il existait de la constipation depuis deux jours; l'ovale inférieur du visage offrait une teinte jaune).

Les palpitations avaient augmenté depuis trois semaines.

La matité de la région du cœur offre 3 pouces 3 lignes d'étendue verticalement et transversalement; point de voussure notable; le cœur bat à un pouce plus bas que dans l'état normal, et son impulsion est forte; pouls vibrant, tendu, à 60. (*Solut. sir. gros. et sir. lim.*; *glace pilée à l'épigastre; lavem. huileux; diète.*)

Au bout de cinq jours, le malade n'éprouvant plus les symptômes gastriques ci-dessus exposés, demanda et obtint sa sortie; les signes de l'hypertrophie du cœur étaient les mêmes.

OBSERVATION II

Salle des hommes, n. 16. — Beziat, âgé de 20 ans, malade depuis 8 mois, entré le 23 juillet 1836, sorti le 2 août 1836.

Diagnostic. — HYPERTROPHIE GÉNÉRALE DU CŒUR, *probablement consécutive à un rhumatisme articulaire.*

Il y a huit mois, rhumatisme occupant le côté gauche du cou, l'épaule du même côté et les deux poignets. D'après les renseignements que donne le malade, renseignements d'ailleurs fort incomplets, ce rhumatisme n'aurait pas affecté une forme bien aiguë. Quoi qu'il en soit, à cette époque, il ressentait, dit-il, une sensation de tiraillement, de douleur sourde, dans la région précordiale. A la suite de cette affection rhumatismale, le malade est

resté sujet à des palpitations qui augmentaient pendant les exercices un peu fatigants, en montant, etc.; il éprouvait aussi de l'étouffement. Il a cependant continué ses occupations, et il n'est jamais survenu d'enflure ou d'infiltration dans les membres.

Ce malade a été examiné chez lui par divers médecins, et entre autres par MM. Larrey et Jules Cloquet, qui ont reconnu, dit-il, un *anévrisme* ou une *hypertrophie* du cœur.

Le malade a été saigné une fois; il a eu deux applications de sangsues (40 en deux fois), et il a pris de la digitale. On lui a aussi fait appliquer quatre à cinq cautères sur la région précordiale. Il dit n'avoir été un peu soulagé que par les émissions sanguines.

A l'entrée du malade à la Clinique, voici ce que nous avons observé :

Légère saillie de la région précordiale; étendue de la matité de cette région 4 pouces verticalement, et 3 pouces 4 lignes transversalement; toute cette région est visiblement soulevée par les battements du cœur; le choc de la pointe de cet organe répond au *sixième* espace intercostal, qui nous paraît un peu élargi; point de frémissement vibratoire dans la région du cœur; les deux bruits valvulaires sont forts, surtout à gauche, mais purs, sans aucun mélange de bruit anormal (ils s'entendent très bien sur les parties latérales du cou).

Les battements de l'aorte sont forts et *sentis* par le malade; pouls à 76-80, régulier; point de gonflement des veines jugulaires.

L'administration de la digitale fit tomber le pouls à 52; on la supprima alors.

On prescrivit de l'eau de Sedlitz pour combattre la constipation dont se plaignait le malade.

A la sortie (2 août), l'hypertrophie du cœur persistait.

ORDRE DEUXIÈME.

MALADIES QUI CONSISTENT EN UNE SIMPLE AUGMENTATION OU EN UNE SIMPLE DIMINUTION DES SÉCRÉTIONS.

ARTICLE PREMIER.

On s'est encore bien peu occupé de l'étude du second des éléments morbides dont il est ici question (diminution des sécrétions). Sa réalité, et même sa fréquence, ne sauraient cependant être révoquées en doute. Quant à l'augmentation des sécrétion, elle a été l'objet de nombreux et importants travaux, et Dupuytren a, comme on sait, fondé sur cet élément l'une de ses formes des irritations, sous le nom d'irritations sécrétoires.

L'augmentation de sécrétion, l'*irritation sécrétoire*, pour nous servir de l'expression de Dupuytren (hypercrinie de M. Andral) n'est bien souvent qu'un diminutif de cette altération de sécrétion qui a lieu dans l'inflammation proprement dite, et qui se révèle par la formation d'un liquide désigné sous le nom de pus, lequel est susceptible de nombreuses variétés, selon les tissus qui le sécrètent, selon qu'il est le produit d'une inflammation aiguë ou chronique et selon les conditions générales de l'économie vivante. Pour se convaincre de la vérité de la proposition que je viens d'énoncer, il suffira de se rappeler ces flux divers connus sous les noms de leucorrhée, de bronchorrhée, de blennorrhée, d'otorrhée, etc., qui succèdent souvent à de véritables sécrétions purulentes.

Quoi qu'il en soit de ce rapprochement sur lequel je ne puis insister plus long-temps ici, il n'en est pas moins cer-

tain que l'augmentation pure et simple de sécrétion doit être distinguée de la sécrétion inflammatoire proprement dite, puisque celle-ci ne consiste pas seulement en une lésion de *quantité*, mais aussi en une altération profonde du liquide sécrété. Les cas d'irritations sécrétoires ou d'hypercrinies en lesquelles dégénèrent quelquefois les irritations inflammatoires ou les phlegmasies, ayant été rapportés dans les chapitres consacrés à ces dernières, il ne nous reste plus qu'à consigner ici les cas d'hypercrinies primitives, ou qui se sont déclarées *d'emblée*, sans avoir été précédées d'un état phlegmasique (1).

ARTICLE II.

—

§ Ier.

De l'augmentation de la perspiration cutanée, ou des sueurs et des sudamina (2).

Les sueurs et les sudamina sont un phénomène qui accompagne souvent les phlegmasies fébriles, et nous en avons rapporté de nombreux exemples dans les divers cha-

(1) Pinel lui-même n'a point oublié de signaler les rapports qui existent entre les phlegmasies d'un certain degré et les hypercrinies. Par exemple, en parlant de l'hydropisie, il dit : Parmi les causes très peu connues de l'hydropisie, je ne dois point omettre de parler des inflammations chroniques, peu observées jusqu'à ces derniers temps. (*Nosog.*, tom III, pag. 428.)

(2) La sueur subit aussi des modifications dans ses *qualités* pendant le cours de certaines maladies. Nous avons fait, depuis trois ou quatre ans, de nombreuses recherches sur son acidité, son alcalinité, ou sa *neutralité*. Nous publierons plus tard les résultats de ces recherches ; en attendant, nous renvoyons le lecteur à celles de nos observations dans lesquelles la sueur a été examinée sous le point de vue qui nous occupe ici.

pitres dont se compose notre première classe. Nous devons nous borner à les rappeler ici.

Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de nous occuper des *sudamina* et des rapports qu'il y a entre leur existence et celle de sueurs abondantes et prolongées. Nous avons dit que nos observations n'étaient pas entièrement d'accord avec celles de M. Louis; en effet, de ces dernières, il semblerait résulter que les sudamina ne seraient pas, à beaucoup près, dans un rapport constant avec les sueurs, et M. Louis va jusqu'à se demander si cette éruption a, comme celle des taches roses lenticulaires, quelque chose de spécifique dans l'affection typhoïde. Suivant M. Louis, la rareté des sudamina chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, dont les sueurs avaient été copieuses, tendrait à faire résoudre cette question par l'affirmative. Or, d'après les recherches les plus attentives et les plus multipliées, nous affirmons, d'une manière positive, que rien n'est plus commun que de rencontrer des sudamina chez les individus atteints de maladies autres que l'*affection* dite *typhoïde*.

Il n'est pour ainsi dire pas de maladies, quelque différentes qu'elles soient entre elles, comme, par exemple, l'ictère, le diabète, la pneumonie, la variole, la tuberculisation pulmonaire, dans lesquelles nous n'ayons rencontré des sudamina chez les individus qui avaient sué. Depuis trois à quatre ans, chacune de nos visites nous a confirmé dans cette doctrine. Nous allons terminer ce court paragraphe par le résultat de la visite d'aujourd'hui, à laquelle nous ferons pour ainsi dire assister le lecteur.

Salle des hommes.

N° 1. — PHTHISIE PULMONAIRE *avec sueurs.* — Sudamina très abondants.

N° 2. — TUMEUR INFLAMMATOIRE DANS LA RÉGION ILÉO-CŒCALE. — *Point de sueurs.* — Point de sudamina.

N° 3. — PETITE VÉROLE CONFLUENTE *à la période de dessiccation.* — Sudamina au cou, dans la région claviculaire, et sur l'abdomen.

N° 4. — PHTHISIE LARYNGÉE (*laryngite chronique ulcéreuse*). — *Point de sueurs.* — Point de sudamina.

N° 5. — PLEURO-PNEUMONIE AIGUE. — *Sueurs très copieuses et prolongées.* — Grêle de sudamina sur le cou et tout le tronc.

N° 6. — ROUGEOLE TRÈS GRAVE. — *Sécheresse de la peau.* — Point de sudamina.

N° 7. — ENTÉRO-MÉSENTÉRITE TYPHOÏDE. — *Sécheresse de la peau.* — Point de sudamina.

N° 8. — PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT. — *Sueurs, surtout à la tête et au cou.* — Sudamina nombreux sur les parties latérales du cou, au-dessus et au-dessous des clavicules.

N° 9. — Pas de maladie actuelle. — Pas de sueurs, pas de sudamina.

N° 10. — PLEURO-PNEUMONIE AIGUE. — *Sueurs très abondantes et prolongées.* — Éruption confluente de sudamina sur le cou et tout le tronc.

N° 11. — *Convalescent d'une pleuro-pneumonie avec sueurs abondantes.* — Il y a eu de nombreux sudamina.

N° 12. — Personne.

N° 13. — PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT. — *Sueurs.* — Éruption de sudamina au cou et sur le tronc.

N° 14. — Personne.

N° 15. — PLEURÉSIE. — *Sueurs médiocres.* — Quelques sudamina vers l'aisselle.

N° 16. — PHLÉBITE AUX DEUX BRAS ET ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX. — *Pas de sueurs.* — Pas de sudamina.

N° 17. — CATARRHE CHRONIQUE, ET D'ABORD PLEURO-PNEUMONIE AIGUE. *Sueurs.* — Sudamina nombreux.

N° 18. — Guéri depuis une douzaine de jours d'une pneumonie. — Pas de sueurs. — Pas de sudamina.

N° 19. — Pas de maladie actuelle. — Pas examiné.

N° 20. — ÉRYSIPÈLE DE LA FACE. — *Pas de sueur.* — Pas de sudamina.

N° 21. — RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — *Sueurs peu abondantes.* — Quelques sudamina dans la région claviculaire.

N° 22. — Personne.

N° 23. — EMPHYSÈME DU POUMON. — Pas de sueurs. — Pas de sudamina.

N° 24. — CHOLÉRA SPORADIQUE. — *Pas de sueurs.* — Pas de sudamina.

N° 25. — Sortant. — Pas examiné.

N° 26. — HYPERTROPHIE DU CŒUR ET ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES. — *Pas de sueurs.* — Pas de sudamina.

Salle des femmes.

N° 1. — ANÉVRYSME DE L'AORTE ABDOMINALE. (Cette femme n'a pas été examinée.)

N° 2. — VARIOLE BÉNIGNE. — *Pas de sueurs.* — Pas de sudamina.

N° 3. — CHLORO-ANÉMIE. — *Point de sueurs.* — Point de sudamina.

N° 4. — Pas de maladie actuelle. — Pas de sueurs. — Pas de sudamina.

N° 5. — CHLORO-ANÉMIE ET EN MÊME TEMPS HYPERTROPHIE DU CŒUR ET ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES. — *Pas de sueurs.* — Pas de sudamina.

N° 6. — IRRITATION GASTRIQUE (embarras gastrique).—*Pas de sueurs.* Pas de sudamina.

N° 7. — HYPERTROPHIE DU CŒUR, ÉPAISSISSEMENT DES VALVULES ET RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE GAUCHES ; CHLORO-ANÉMIE. — *Pas de sueurs.* — Pas de sudamina.

N° 8. — BRONCHITE LÉGÈRE. — *Pas de sueurs.* — Pas de sudamina.

N° 9. — HYPERTROPHIE ÉNORME DU CŒUR ET ÉPAISSISSEMENT FIBRO-CARTILAGINEUX DES VALVULES. — *Pas de sueurs.* — Pas de sudamina.

N° 10. — ANÉMIE, MARASME. — *Pas de sueurs.* — Pas de sudamina.

N° 11. — ICTÈRE, *suite probable d'une lésion organique du foie.* — *Sueurs.* —Sudamina et éruption miliaire dans la région des clavicules ; sudamina seuls au creux de l'estomac.

N° 12. — SYMPTÔMES D'IRRITATION OU D'EMBARRAS GASTRIQUE. — *Pas de sueurs.* — Pas de sudamina.

N° 13. — ROUGEOLE. — *Pas de sueurs.* — Pas de sudamina.

N° 14. — BRONCHITE CHRONIQUE ET PEUT-ÊTRE TUBERCULISATION COMMENÇANTE. — *Sueurs partielles peu abondantes au cou et à la poitrine.* — Sudamina rares dans les régions où la sueur a lieu.

Nota. En sortant de la visite, je me suis rendu chez M. de La H.... étudiant en médecine, atteint d'une pleuro-péricardite dans le cours de laquelle il a éprouvé des sueurs très abondantes. Or, tout le tronc, même en arrière, est couvert, ainsi que les parties latérales du cou, de myriades de sudamina confluents.

Parmi les témoins des faits que nous énonçons, je citerai M. Henroz, qui vient de publier un excellent article sur les sudamina (*voyez la Lancette française*, n° du 22 juillet 1837). Après avoir cité textuellement ce qu'a écrit M. Louis à ce sujet, dans ses ouvrages sur la *phthisie* et la *gastro-entérite* ou *affection typhoïde*, M. Henroz cite le tableau ci-dessus rapporté, et il termine ainsi qu'il suit : « Depuis long-temps, on répète cette expé-
» rience à chaque visite devant de nombreux témoins, et
» constamment l'on arrive aux mêmes résultats : je dis
» constamment, car il serait absurde de considérer quel-
» ques exceptions très rares comme infirmant une règle
» générale. Comment donc M. Louis a-t-il pu écrire qu'il
» n'avait point observé de sudamina dans le catarrhe pul-
» monaire, la péripneumonie, etc., s'il a fixé scrupuleuse-
» ment son attention sur ce sujet? Comment avançer que
» les sueurs ne sont pas la circonstance la plus importante
» de celles qui concourent au développement des suda-
» mina, lorsque, à toute heure et partout où il y a des
» malades, le plus simple examen prouvera le contraire,
» c'est-à-dire que l'on découvrira cette éruption cutanée
» chez presque tous les individus qui ont des sueurs pro-
» longées, quelque différentes que soient les maladies
» dont ils sont affectés; c'est-à-dire encore que, en géné-
» ral, les sujets qui ne suent pas actuellement et qui n'ont
» pas sué antécédemment, n'en offriront aucun vestige,
» qu'ils soient atteints ou non de fièvre typhoïde? Oui,
» quand M. Louis le voudra, il pourra se convaincre que ce
» qu'il a dit des sudamina est radicalement erroné; que
» l'on peut se rendre compte de leur développement sans
» emprunter le secours mystérieux d'une altération in-
» connue de la peau; qu'ils sont loin d'être un fait de beau-
» coup d'importance dans l'histoire de la fièvre typhoïde,
» et encore moins quelque chose de spécifique, etc. »

§ II.

Augmentation de la sécrétion du tissu cellulaire et des membranes séreuses (*hydropisies actives, hydro-phlegmasies*).

En mettant de côté les observations d'hydropisies actives qui ont été consécutives à une phlegmasie, et que nous avons rapportées ailleurs, il ne nous reste plus que deux cas de ce genre d'hypercrinies à consigner ici. Je dois même avouer que les deux cas dont il s'agit n'appartiennent peut-être pas aux hydropisies *actives* proprement dites : c'est une question de diagnostic que je soumets au jugement des observateurs éclairés.

OBSERVATION I.

Salle des hommes, n. 25. — Le nommé Ricordon, âgé de 22 ans, domestique, demeurant rue des Prêtres-Saint-Paul, 26, né à Neufchâtel (Sarthe); malade depuis 6 semaines, entré le 8 avril 1836, sorti le 19 *id.*

Diagnostic. — ANASARQUE, ASCITE, ET ŒDÈME DE LA PARTIE INFÉRIEURE DES DEUX POUMONS, *à la suite d'une fièvre éruptive mal guérie.*
Bronchite.

D'une constitution forte ; d'un tempérament sanguin ; ordinairement bien portant ; à Paris depuis 18 mois.

En septembre dernier, après avoir passé plusieurs nuits dehors à garder les bestiaux, il a éprouvé une douleur rhumatismale continue dans le côté gauche de la tête et de la face, douleur qui a duré près de deux mois.

Il a été saigné deux fois ; plusieurs applications de sangsues ont été faites au côté gauche du cou, et un vésicatoire a été appliqué à la nuque.

Il y a six semaines, mal de gorge ; *fièvre chaude*, mal de tête, suivi, au bout de deux ou trois jours, de l'éruption de taches d'un rouge vif sur tout le corps. Le mal de gorge a duré huit jours ; le douzième jour, a commencé une desqua-

mation générale dont il porte encore des traces. Il a été traité chez son maître pendant les six premiers jours de sa maladie (pendant cette espace de temps, *tisane adoucissante; saignée du bras le troisième jour; cataplasmes sinapisés aux pieds; cataplasmes émollients au cou; fumigations de sureau*)..

Le sixième jour, il se rendit à pied rue des Prêtres-Saint-Paul chez un monsieur de son pays. A cette époque, il avait encore mal à la goge et de la fièvre. (On a continué *les cataplasmes et les tisanes adoucissantes.*)

Le septième ou le huitième jour après son changement de domicile, il a commencé à se lever pendant trois heures; et trois jours après avoir ainsi commencé à se lever, il est sorti par un beau temps pendant deux à trois heures; il était alors dans la période de desquamation. Il a toujours conservé de la difficulté à marcher, de la fatigue dans tous les membres.

Il y a six jours, enflure qui a commencé par les pieds; la figure est devenue bouffie; il a éprouvé de la toux et de la difficulté à respirer.

8 *et* 9 *avril.* — Peau des jambes d'un blanc clair, un peu infiltrée; œdème autour des malléoles; face bouffie, gonflée; traces de desquammation au front, à la racine des sourcils, aux pavillons des oreilles, aux bras et surtout aux mains, où l'on trouve encore des lambeaux d'épiderme; peau sèche, d'une chaleur modérée; pourtour des lèvres un peu jaune; langue rosée, humide; peu de soif; appétit assez bon; fond de la gorge sans rougeur vive; amygdales non tuméfiées; pas de douleur en avalant; ni nausées ni vomissements; ventre intumescent, non douloureux à la pression (mesurée 1 pouce au-dessous du nombril, sa circonférence est de 32 pouces); son tympanique dans la région moyenne; bruit humorique et matité dans les régions iliaque et hypogastrique (la matité se déplace suivant les positions qu'on fait prendre au malade); une selle demi-solide chaque

jour; toux et crachats muqueux; respiration à 24-28; sonoréité bonne excepté à droite en bas, en dehors et en arrière, où il y a un peu de matité en même temps que du râle sous-crépitant, râle qui se fait entendre aussi en arrière à gauche; pouls à 56, développé, tendu, résistant; urines assez abondantes, jaunâtres.

Le malade est venu à pied à l'hôpital, et il a marché assez facilement. (*Saignée 3 pal.; viol. guim. sir. gom.; julep béch. avec extrait de belladone gr. 1/4; cataplasme arrosé d'huile de croton à la partie postér. de la poitrine; compresse de cérat mercuriel et bandage compressif sur le ventre; 2 bouillons, 1 potage.*)

10 *avril.* — Crachats glaireux; respiration plus facile; paupières moins infiltrées; circonférence du ventre à 1 pouce au-dessous du nombril, 30 pouces 8 à 9 lignes; son humorique diminué dans les régions iliaque et hypogastrique; peau fraîche; pouls à 60.

Sang de la saignée. — Couenne mince, facile à déchirer; caillot de consistance médiocre.

11. — Pouls à 60; presque plus de crachats; nulle oppression; éruption de pustules miliaires sur les parties où a été appliqué un cataplasme arrosé d'huile de croton; résonnance tympanique du ventre dans les endroits où existait précédemment un bruit humorique; la circonférence du ventre n'est plus que de 30 pouces. (*Le 1/4 d'aliments poulet; cessation de la compresse abdominale.*)

12-13. — L'urine rendue le 12 entre quatre et cinq heures du matin, traitée deux ou trois heures après par l'acide hydrochlorique (à défaut d'acide nitrique), ne donne aucun précipité. (*Bain simple; le 1/4.*)

17. — Hier le malade est resté levé toute la journée; il s'est promené jusqu'à la fatigue, et a éprouvé ensuite du frisson (à six heures du soir) suivi de chaleur sans sueur; pouls à 64; peau un peu plus chaude que les jours précédents. (*Orge-chiend. sir gom.; lav. émoll.; 2 bouillons et soupe.*)

Ce léger accident n'a aucune suite, et le malade sort le 19 parfaitement guéri. (L'épanchement abdominal est entièrement résorbé.)

OBSERVATION II.

Salle des hommes, n. 5. — Le nommé Manzagol, âgé de 28 ans, marchand de parapluies, demeurant rue Saint-Martin, 202, né à Neuvic (Corrèze); malade depuis 22 mois, entré le 8 juin 1856, sorti le 25 juillet 1856.

Diagnostic. — ASCITE ET ANASARQUE *consécutifs à une fièvre tierce. Absence de lésion organique du centre circulatoire.*

Maladie de Bright?

D'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin; peau fine et mince; bonne santé habituelle; arrivé à Paris depuis huit jours pour s'y faire traiter d'une maladie qui depuis vingt-deux mois a, dit-il, résisté aux moyens jusqu'ici employés.

Il y a donc vingt-deux mois, fièvre tierce qui a duré vingt et un jours, après avoir été traitée par des herbes dont il ignore le nom. A la suite de cette fièvre, il s'est formé peu à peu une enflure du ventre, laquelle, au bout de deux mois, était très considérable; elle diminua par l'usage des purgatifs, mais elle ne tarda pas à faire de nouveaux progrès, et il s'y joignit une infiltration des membres inférieurs.

Le malade n'a jamais eu de rhumatisme, ni de fluxion de poitrine; jamais de palpitations, jamais de jaunisse; il n'a point souffert dans la région des reins, et ses urines ne lui ont rien offert de particulier.

8 *et* 9 *juin.* — Bouffissure du visage; teinte d'un jaune terreux de l'ovale inférieur de cette partie; lèvres un peu sèches; membres inférieurs infiltrés, conservant l'impression du doigt (l'œdème a envahi les cuisses, mais ne s'est pas étendu au scrotum).

La peau du ventre, dont la température s'élève à 34-35, est éraillée comme celle des femmes qui ont eu plusieurs

enfants ; ventre encore gros, quoique moins enflé que précédemment; fluctuation facile à constater; matité générale, excepté dans la région épigastrique; le ventre a 34 pouces et demi de circonférence au niveau de l'ombilic; nulle douleur dans la région abdominale; dans l'étendue d'un à deux pouces au-dessous des fausses côtes gauches, on sent une tumeur mobile, qui paraît n'être autre chose que l'extrémité inférieure de la rate, et que l'on distingue mieux en faisant coucher le malade sur le côté droit (cependant cette tumeur semble un peu plus mince que ne le serait l'extrémité inférieure de la rate hypertrophiée).

Le foie ne déborde pas (il est refoulé en haut et son bord supérieur répond au mamelon) ; le cœur est refoulé en haut et ses battements sont peu sensibles à la main (la pointe répond au niveau du mamelon) ; l'étendue de la matité de la région précordiale est de 2 à 3 pouces verticalement et transversalement; les deux bruits sont bien distincts, un peu plus clairs qu'à l'état normal ; impulsion faible ; pouls à 72 ; la résonnance et la respiration vésiculaire sont normales.

Langue humide , rosée, nette ; soif peu intense ; appétit bon ; selles naturelles.

L'urine recueillie dans un verre (rendue depuis dix à douze heures) est transparente, et offre seulement quelques flocons lanugineux au fond du verre ; traitée par l'acide nitrique, il se forme un précipité blanc, albuminiforme, très abondant. (*Lim. ; chiendent sir. gom. avec nitre* 1 *scrupule; compresses cérat mercuriel, et bandage compressif sur le ventre;* 2 *pilules de calomel gr.* 3 *et extrait gom. d'opium gr.* 1/4 *; lav. huileux* ; 1/8 *d'aliments.*)

10 et 11. — La circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, est de 34 pouces ; rien de nouveau du reste. (*Même prescript.*)

12-14. — Salivation mercurielle (bouche et gencives gonflées avec exsudation membraneuse grisâtre). (*Gargar. orge, miel rosat et chlorure de soude* 1 *gros.*)

15, 16, 17, 18. — Salivation très fétide et très abondante; pourtour de la langue recouvert d'une fausse membrane jaune (la douleur buccale s'étend jusque dans les oreilles); gonflement des gencives et de toute la face; pouls à 104. (*Catapl. au cou; gargar. avec décoct. de quinquina et sir. de vinaigre*; 2 *tasses de bouill.*; 1 *crème de riz.*)

Après avoir continué pendant les trois ou quatre jours suivants, la salivation commence à diminuer graduellement à partir du 24 et du 25. (*Bains; le reste idem.*)

29. — Langue bien nettoyée; presque plus de mal à la bouche.

30. — La salivation est arrêtée; mais l'hydropisie du ventre est considérable; les membres inférieurs sont toujours œdémateux et le scrotum lui-même est infiltré. (1/8 *d'aliments.*)

8 *juillet.* — Peu de changement. (*Huile de ricin* 2 *onces.*)

13. — L'urine de la veille au soir est claire et transparente; elle donne un dépôt blanc, albuminiforme, très considérable par l'acide nitrique.

18 *juillet.* — Ascite encore augmentée. (*Paracentèse.*)

19. — La sérosité retirée par la paracentèse offre une teinte opaline, blanchâtre, analogue à une solution d'empois (sept à huit pintes de liquide); comme l'urine, elle précipite abondamment en blanc par l'acide nitrique. (*Bandage compress.*; *huile de ricin* 2 *onces dans une tasse de bouill. aux herbes.*)

20. — Ventre déjà volumineux.

23. — Sortie. — Il reste une tuméfaction du ventre égale à celle qui existait lorsque le malade est entré; les membres inférieurs ne sont que légèrement tuméfiés.

§ III.

De l'augmentation de la sécrétion urinaire et du diabète sucré.

La *simple* augmentation de la sécrétion urinaire est un fait pathologique des plus communs, et tout le monde sait que l'on sollicite *thérapeutiquement* cette hypercrinie dans un assez bon nombre de cas, comme quand il s'agit, par exemple, de provoquer, de favoriser la résorption d'un épanchement soit dans les cavités séreuses, soit dans les aréoles du tissu cellulaire.

Mais il est une espèce d'hypercrinie rénale beaucoup plus rare que la précédente : je veux parler de celle désignée sous le nom de *diabète sucré*. Nous n'en avons recueilli qu'un exemple dans le cours de la session clinique dont nous rendons compte. Le malade qui en fait le sujet a déjà figuré dans le chapitre consacré à la pleuro-pneumonie. C'est un des trois malades qui succombèrent à cette phlegmasie. Nous retrancherons ici ce qui est relatif à la pleuro-pneumonie, et nous rapporterons avec les détails convenables les expériences qui ont été faites sur les urines ainsi que les altérations qui ont été rencontrées après la mort.

OBSERVATION UNIQUE.

Relation d'un cas de diabète sucré.

Salle des hommes, n. 23. — Le nommé Robida, âgé de 36 ans, garde-champêtre, demeurant à Moyvilliers (Oise), né à Breteuil (Oise); malade depuis 14 mois 1/2, entré le 26 juin 1836, mort le 23 août 1836.	*Diagnostic.* — DIABÈTE SUCRÉ.

Marié, d'une constitution de force moyenne; d'un tempérament lymphatico-nerveux; cheveux et barbe roux; habituellement bien portant.

Il y a quatorze mois et demi, cet homme a commencé à éprouver une grande soif qui le forçait à boire environ douze litres par jour. Une faim dévorante se joignit à la soif, et bien qu'il mangeât énormément, un grand amaigrissement ne tarda pas à se faire remarquer.

Il urinait, dit-il, plus qu'il n'avait bu ; les urines étaient claires comme de l'eau de roche et sucrées. En même temps, il se manifesta *dans le rein droit* une douleur qui a toujours continué depuis.

Deux saignées du bras furent pratiquées et le malade fut mis à l'usage du lard pendant trois mois.

Il y a quatre mois, le malade fut placé dans la salle de M. Lherminier, et il n'en est sorti que depuis quinze jours ; il y fut saigné trois fois au bras ; prit des bains de vapeur, du carbonate de fer, et des aliments en grande quantité. A sa sortie, la soif était moins forte, mais la quantité d'urine rendue était la même, ainsi que la faim ; la douleur du rein droit persistait.

Retourné dans son pays en sortant de la Charité, il y ressentit, trois ou quatre jours après son arrivée, des coliques accompagnées de dévoiement, accident qu'il attribua au cidre dont il fit usage. La soif revenant plus forte que jamais, il s'est décidé à revenir à Paris, et à entrer de nouveau à la Charité.

26 *et* 27 *juin.* — Urines en très grande quantité, d'une saveur sucrée, analogue à celle du sucre de raisin ou du sirop de dextrine (10 à 12 litres en vingt-quatre heures) ; amaigrissement général ; langue humide, d'un rouge violet ; soif très vive ; boulimie ou faim canine ; ni nausées, ni vomissements ; ventre un peu douloureux à la pression dans la région du rein droit où le malade ressent continuellement des picotements (on ne trouve aucune tumeur dans cette région) ; deux à trois selles par jour, demi-liquides, jaunâtres, avec ténesme et cuisson au fondement ; rien d'anormal pour la respiration ; bruits du cœur normaux ;

pouls à 80, large, fort et développé; peau chaude et sèche.

Le système veineux sous-cutané est généralement très développé et particulièrement à l'abdomen.

Sommeil bon, si ce n'est qu'il est souvent interrompu par le besoin fréquent d'uriner. (*Solut. sir. limon.*; *décoct. quinquina avec sir. coing à discrétion*; *lav. émoll.*; *bain de vapeur*; *triple portion grasse.*)

28. — Urine claire comme de l'eau de roche, avec saveur sucrée (vingt-quatre livres en vingt-deux heures); sueur abondante la nuit; *sudamina au devant et sur les parties latérales du cou.* (*Eau de Seltz 3 pots; décoct. quinquina, sir coing*; *le reste idem.*)

2 *juillet.* — Urine sucrée, non acide, transparente et colorée comme de la limonade; sudamina gros et nombreux au devant des aisselles (le malade a sué hier et cette nuit).

Traitée par l'acide nitrique, l'urine devient légèrement rosée, sans précipité. (*Pil. extr. gom. d'opium* 2 *gr.*)

3. — Les urines rendues depuis vingt-quatre heures (environ douze litres) sont remises à M. Bouchardat, qui voulut bien se charger d'en faire l'analyse.

8. — Depuis deux à trois jours, la quantité des urines a diminué de près de moitié; les urines sont aussi plus épaisses et acides.

Du 8 *au* 20. — L'urine continue à être un peu acide; elle est moins sucrée. (*Le traitement est le même*; *on ajoute seulement la limonade sulfurique aux autres boissons.*)

Le 21 *juillet.* — M. Bouchardat me remit du sucre cristallisé et non cristallisé qu'il avait retiré des urines. Il y était contenu en si grande quantité que M. Bouchardat avait cru qu'on avait ajouté du sucre à l'urine qu'il avait prise. Il pense que ce sucre vient de la fécule du pain; et il est remarquable que le goût de l'urine est celui du sirop de dextrine, qui, comme on le sait, se tire de la fécule;

au reste, on lira ci-dessous la note que M. Bouchardat a eu la complaisance de me donner (1).

Peu de changement jusqu'au 19 août, époque à laquelle survint une pleuro-pneumonie dont j'ai rapporté l'histoire dans le chapitre consacré à cette dernière maladie (Voy. obs. III du chapitre VI). Ainsi que je l'ai dit alors, il est digne de remarque que cette pneumonie suspendit la marche du diabète.

Le malade ne fut pas traité par la formule des saignées coup sur coup, et il succomba.

(1) · CLINIQUE DE M. BOUILLAUD. — *Urine de diabétique.*

J'ai examiné 15 litres d'urine ; elle était assez limpide, avait une légère odeur d'urine, une saveur très sucrée et à la fois salée ; elle avait été rendue depuis minuit jusqu'à midi. Évaporée lentement, elle m'a fourni un sirop qui a très bien cristallisé et a donné trois livres moins un quart de sucre de raisin, qu'il a été facile d'obtenir blanc en le faisant dissoudre dans l'eau, le filtrant sur un filtre garni de noir animal, faisant évaporer et lavant à l'alcool le sucre cristallisé.

L'urine chauffée jusqu'à 100° formait un coagulum albumineux assez abondant. Abandonnée à elle-même, elle passait spontanément à la fermentation alcoolique.

Elle contenait, outre le sucre et l'albumine, une quantité notable de matières extractiformes de l'urine, une petite proportion d'urée, et tous les sels de l'urine à peu près dans les proportions de l'urine normale.

Je n'y ai trouvé aucunes traces d'acide urique.

La proportion si remarquable de sucre correspond à peu près à la quantité de pain mangée dans un jour par le malade (il mangeait 3 livres de pain).

Je crois pouvoir déduire de plusieurs observations : 1° que la proportion de sucre est dans un rapport constant avec la proportion de fécule ou de sucre contenue dans le pain, ou les potages ou autres aliments féculents ou sucrés pris par le malade, et ce phénomène serait alors tout-à-fait comparable à la transformation de la fécule en sucre de raisin sous l'influence de la diastase ; 2° qu'en diminuant ou supprimant la proportion ou de fécule ou de sucre, on diminue ou on supprime le sucre de l'urine. Mais il arrive souvent que la santé générale du malade se trouve altérée par cette suppression, et qu'il survient de l'anorexie et de la fièvre.

Autopsie cadavérique, 19 *heures après la mort* (1).

1° *Organes sécréteurs et excréteurs de l'urine et autres parties contenues dans l'abdomen.* — Les deux reins occupent leur place accoutumée ; le gauche descend un peu plus bas que le droit (1 pouce) ; son volume est d'un quart plus considérable, et cependant il ne pèse que 186 grammes, tandis que le droit en pèse 190 ; les deux reins offrent à leur surface de petits kystes remplis d'un liquide transparent ; les capsules surrénales sont granuleuses. La consistance du rein gauche est plus grande que celle du droit ; le tissu de ce dernier est plus pâle que celui du gauche ; à l'incision, le rein gauche offre un aspect étoilé moins marqué que le rein droit. La substance corticale a 4 lignes environ d'épaisseur ; l'intervalle qui sépare les cônes ou tubes urifères est moindre dans le rein droit que dans le rein gauche ; pas d'injection notable de la substance rénale (il existe plutôt un état anémique du rein droit ; en somme, il nous a semblé que la substance corticale était sensiblement hypertrophiée, mais sans injection). La membrane interne des bassinets et des calices est d'un blanc mat, un peu épaissie en quelques points. La membrane capsulaire des reins ne présente aucune altération notable.

La veine-cave abdominale, les veines intestinales, les veines et les artères rénales, spléniques et spermatiques offrent un volume considérable, comme si elles étaient distendues par une injection.

L'urine contenue dans la vessie fut mise de côté pour être analysée par MM. Rayer et Richard ; elle offrait une sa-

(1) Je ne reviendrai pas ici sur les altérations propres à la pleuro-pneumonie intercurrente, et je rapporterai seulement ce qui concerne l'ancienne maladie pour laquelle le sujet fut admis à l'hôpital.

Notre savant confrère, M. Rayer, assistait à l'ouverture.

veur de cuivre au lieu de son ancienne saveur sucrée. La vessie ne nous offrit autre chose à noter qu'une légère ecchymose à son col.

Foie volumineux; vésicule distendue par une bile épaisse, d'une consistance sirupeuse.

L'estomac n'est pas plus volumineux qu'à son état normal; sa membrane interne est mamelonnée et offre des replis très prononcés, assez analogues par leur disposition sinueuse aux circonvolutions du cerveau; elle n'est point ramollie et on n'aperçoit pas la différence ordinaire entre sa portion œsophagienne et sa portion pylorique. Les fibres de la couche musculeuse forment des faisceaux assez épais; le tissu cellulaire qui unit cette membrane à la membrane muqueuse est d'un blanc nacré.

La masse intestinale a son volume normal; la membrane interne de l'intestin grêle est colorée en jaune par la bile et n'offre aucune injection notable, non plus que la membrane muqueuse du gros intestin (celui-ci contenait des matières à demi-liquides comme de la moutarde).

2° *Centres nerveux*. — 1 à 2 onces de sérosité à la base du crâne; pointillé fin des couches extérieures de la substance cérébrale; injection qui ne s'étend pas aux couches profondes.

ORDRE TROISIÈME.

MALADIES QUI CONSISTENT EN UNE AUGMENTATION OU EN UNE DIMINUTION DE L'ABSORPTION EN GÉNÉRAL, ET DE L'ABSORPTION SÉREUSE EN PARTICULIER.

Les cas nombreux de disparition d'épanchements dans la plèvre, le péritoine, les synoviales, etc., que nous avons rapportés dans divers chapitres de cet ouvrage, sont pour la plupart des exemples d'augmentation de l'absorption; mais cette augmentation d'absorption, loin de pouvoir être placée parmi les maladies, constitue, au contraire, un acte éminemment curatif, l'un des plus puissants instruments de ce que l'on a désigné sous le nom de force *médicatrice* (*vis medicatrix naturæ*).

Quant aux cas dans lesquels l'augmentation de l'absorption devrait être considérée comme constituant une véritable maladie, j'avoue que je ne les ai pas suffisamment étudiés, et je ne sache aucun auteur qui s'en soit sérieusement occupé.

La diminution de l'absorption en général, et celle de l'absorption séreuse en particulier, est un effet de diverses lésions, soit purement physiques et mécaniques, soit vitales ou dynamiques dans les agents de ces fonctions (1).

Une espèce importante d'hydropisie reconnaît pour cause un obstacle à l'absorption veineuse, et cet obstacle peut résider dans les agents immédiats de cette absorption, c'est-à-dire dans les radicules veineuses, ou bien dans les troncs veineux eux-mêmes, et dans le cœur qui en est comme le confluent. Il y a bientôt quinze ans que j'ai fait connaître, par des observations exactes et nom-

(1) Les qualités des liquides qui doivent être absorbés influent aussi sur l'absorption.

breuses, quelle était la valeur de l'obstacle dont il s'agit dans le mécanisme des hydropisies dites passives, lesquelles étaient généralement considérées alors comme dues à une débilité générale, se faisant d'abord ressentir aux *extrémités inférieures, et à l'atonie des vaisseaux lymphatiques* (1).

Plusieurs des observations publiées dans cet ouvrage, et spécialement dans le chapitre consacré aux lésions organiques consécutives à l'endocardite chronique, sont autant d'exemples d'hydropisies dues à un obstacle au cours du sang veineux, et par suite à l'absorption de la sérosité; je me contenterai de les mentionner ici en passant.

Quant à la diminution de l'absorption d'origine dite *vitale* ou par asthénie, on l'admet souvent par hypothèse bien plus que d'après des observations et des expériences directes. Ce n'est pas à dire que les conditions dynamiques doivent être négligées dans l'étude des hydropisies passives considérées d'une manière générale. Mais quelles sont ces conditions dynamiques dans les agents immédiats de l'absorption de la sérosité, véritable phénomène d'imbibition ou d'endosmose? On ne les connait pas bien encore. Il n'en est pas ainsi pour le centre circulatoire; en effet, tout ce qui peut affaiblir les mouvements de cet organe (quel que soit d'ailleurs le principe dynamique de ces mouvements), doit être regardé comme un obstacle dynamique au cours du sang veineux, et partant aussi comme un obstacle à l'absorption de la sérosité, et partant encore comme une cause d'hydropisie passive.

(1) *Voy.* mon MEMOIRE SUR L'OBLITÉRATION DES VEINES, etc., inséré, en 1823, dans les *Archives générales de médecine*: *voy.* aussi l'article HYDROPISIE, que j'ai publié plus tard dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

QUATRIÈME CLASSE.

HÉMORRHAGIES.

Considérations préliminaires sur la doctrine des hémorrhagies.

Les hémorrhagies constituant évidemment un effet, un accident, un symptôme qui se rattache à des lésions variées du système sanguin, ne devraient pas, dans une classification vraiment *philosophique*, former une classe de maladies (1). Comment séparer d'une solution de continuité, traumatique ou autre, des vaisseaux et du cœur, l'écoulement de sang, l'hémorrhagie qui en est la suite ? Dans les cas où les hémorrhagies tiennent, sinon uniquement, du moins principalement à une diminution dans la consistance du sang, à une sorte de *dissolution* de ce liquide, comment encore en séparer l'étude de celle des maladies dans lesquelles on observe les altérations du sang ci-dessus notées, etc., etc. ?

Laissant ici de côté tout ce qui est relatif aux hémorrhagies que déterminent les solutions de continuité, soit par *blessure*, soit par *rupture*, soit par *érosion* ou *ulcération*, examinons rapidement les opinions principales qui régissent aujourd'hui la doctrine des hémorrhagies du système

(1) Il est, chez les femmes, une perte de sang périodique qui ne doit pas être considérée comme une maladie : je veux parler de la menstruation. C'est l'absence de cette hémorrhagie périodique qui constituerait, au contraire, une maladie (et pour le dire en passant, Pinel en a traité à l'article *Ménorrhagie* de sa NOSOGRAPHIE PHILOSOPHIQUE). N'oublions pas aussi que certaines pertes de sang sont, dans les mains de l'art, le premier, le plus puissant des moyens que nous puissions opposer à une grande famille de maladies.

capillaire, en commençant par celle de l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique*. Suivant lui : « La doctrine des hémorrhagies, comme maladies primitives du système capillaire, offrait de grandes incohérences, ou plutôt des points de vue singulièrement erronés avant les recherches exactes et multipliées de l'auteur de l'*Anatomie générale*, puisqu'on ne parlait que de rupture de vaisseaux, et que les staticiens mêmes n'étayaient leurs considérations sur les forces vitales des vaisseaux d'aucun résultat d'anatomie pathologique. La menstruation elle-même, quoiqu'une des fonctions de l'économie animale considérées dans l'état de santé, a servi à répandre les plus grandes lumières, comme objet de comparaison, sur les autres hémorrhagies : l'abord du sang dans la matrice n'est-il point l'effet d'une *excitation particulière*, d'un *surcroît de vie* dans les parties de la génération ? En examinant d'ailleurs la surface interne de la matrice d'une femme morte à l'époque de la menstruation, ne la trouve-t-on point teinte de sang, sans aucune *déchirure ni érosion* quelconque ? Comme la menstruation, les autres hémorrhagies sont précédées d'une *irritation* préliminaire qui appelle le sang dans la partie par laquelle il doit sortir, et où il établit une congestion locale ; comme la première, elles sont soumises aux plus grandes variations suivant l'*exaltation des forces vitales* du système où elles ont leur siége, et les surfaces muqueuses où elles ont le plus souvent lieu, n'ont offert, d'après les recherches les plus multipliées, aucune trace d'érosion ni de déchirure. »

Pinel désigne sous le nom d'hémorrhagies *actives*, celles qu'il rattache à une *excitation*, à une *irritation*, à une *exaltation des propriétés vitales des vaisseaux exhalants*.

Il établit ensuite une autre espèce d'hémorrhagies, sous le nom de *passives*, c'est-à-dire des hémorrhagies dont *le caractère particulier est de n'être précédées d'aucune excitation préliminaire, de ne point tenir a un surcroît d'action vitale*; il avoue que *les faits qui pourraient servir à établir*

les différentes espèces d'hémorrhagies passives manquent encore d'une sorte d'exactitude et de précision, et que plusieurs de ces hémorrhagies paraissent être simplement des symptômes de scorbut; et il pense d'ailleurs que l'ordre des affinités demande de placer cette dernière maladie au rang des hémorrhagies passives.

Quoi qu'il en soit, Pinel déclare *qu'il y a encore une lacune à remplir en médecine, relativement aux hémorrhagies passives, et il s'étonne que Cullen n'ait parlé que des hémorrhagies qu'on appelle actives.* Il termine par la considération générale suivante, applicable à toutes les hémorrhagies actives et passives qui ont lieu *par exhalation*, savoir qu'elles peuvent être déterminées par un surcroît d'énergie vitale dans la partie même si elles sont actives, ou par un état de *débilité* et d'*asthénie* de même purement locales si elles sont passives, indépendamment de la disposition générale de l'individu. (*Nos. philos.*; t. II, pag. 570 et suiv.; 6[e] édit.; 1818.)

Dupuytren a désigné sous le nom d'*irritations hémorrhagiques*, les hémorrhagies actives de Pinel, et en cela il n'a fait, pour ainsi dire, que formuler en termes précis l'opinion du célèbre nosographe.

Dans son *Examen de la doctrine médicale généralement adoptée*, publié en 1816, M. Broussais supprime la classe des hémorrhagies *passives* de Pinel; voici ses propres expressions : « On ne peut jamais dire que les hémorrhagies sont passives, c'est-à-dire l'effet du défaut de vitalité des exhalants. »

De nos jours, M. le professeur Andral a considéré les hémorrhagies comme un grand phénomène que l'on peut voir survenir à la suite de toutes les hypérémies (1).

(1) M. Andral admet quatre espèces d'hypérémies : 1° une hypérémie par irritation, active ou *sthénique*; 2° une hypérémie par diminution de tonicité des vaisseaux capillaires, passive ou *asthénique*; 3° une hypérémie par obstacle à la circulation veineuse ou *mécanique*; 4° une hypéré-

Ce que dit M. Andral de l'hémorrhagie qui peut accompagner l'hypérémie qu'il appelle *sthénique*, ne diffère pas notablement de ce qu'avaient écrit Pinel sur les hémorrhagies *actives*, Dupuytren sur les irritations hémorrhagiques, et M. Broussais sur les inflammations hémorrhagiques (1).

Tant que l'on s'efforcera de baser la doctrine des hémorrhagies sur le système des *propriétés vitales*, tel qu'il a été conçu par l'immortel et ingénieux auteur de l'*Anatomie générale*, on n'élèvera qu'un édifice ruineux. Le temps a fait justice du système dont il s'agit; ce n'est plus par les mots d'*exaltation* ou de *diminution* des propriétés vitales, non plus que par ceux de *sthénie* et d'*asthénie* que l'on doit exprimer les diverses conditions qui président au mécanisme des hémorrhagies capillaires, soit que ces hémorrhagies proviennent des capillaires veineux, soit qu'elles proviennent des capillaires artériels, soit qu'elles aient leur siége à la fois et dans les uns et dans les autres. Ces mots, en effet, ou sont vides de sens, ou signifient qu'il ne faut pas chercher dans des lésions physiques, mécaniques ou chimiques, les causes des hémorrhagies. Or, c'est là précisément, au contraire, que ces causes se rencontrent; car, depuis que la

mie *cadavérique*, c'est-à-dire qui ne s'effectue qu'après la mort. (*Précis d'anatom. pathol.*, t. Ier, pag. 11-12.)

(1) « Je pourrais rappeler ici, dit M. Andral, que dans plusieurs cas d'inflammations des membranes séreuses dont les symptômes semblent annoncer l'identité de nature, d'intensité et de durée, on trouve dans ces membranes, tantôt du sang pur, tantôt un simple liquide albumineux, tantôt des pseudo-membranes, etc. » Ouv. cité, t. Ier, pag. 75.)

Il est très vrai que l'on observe quelquefois des pleurésies, des péricardites, des péritonites *hemorrhagiques;* mais si l'on ne trouvait que du sang pur dans la cavité d'une membrane séreuse, cette circonstance ne suffirait pas assurément pour caractériser *anatomiquement* une véritable inflammation de cette membrane. Je crois donc que les cas dans lesquels on dit n'avoir trouvé que du sang pur dans une membrane séreuse chez des individus qui avaient offert tous les symptômes de l'inflammation de cette membrane : je crois, dis-je, que ces cas ne sont pas suffisamment démontrés, et qu'ils méritent confirmation.

méthode expérimentale a été sérieusement appliquée à l'étude des phénomènes de la circulation, on a clairement démontré que ces phénomènes étaient soumis aux lois de l'hydro-dynamique. Au reste, ce n'est pas ici le lieu de pousser plus loin nos réflexions sur ce sujet, et nous terminerons ces considérations préliminaires par les propositions suivantes :

1° Les hémorrhagies dites *actives*, *sthéniques* (irritations hémorrhagiques) ont lieu lorsque les *forces motrices* qui président à la circulation capillaire sont augmentées au-delà de certaines limites, et triomphent de la résistance des capillaires (ces *forces* ne résident pas seulement dans les capillaires eux-mêmes, mais aussi dans le cœur, ce grand ressort de la circulation) : je ne déciderai pas si l'effusion sanguine a lieu par exhalation, par rupture ou autrement; 2° certaines hémorrhagies dites *passives*, *asthéniques*, s'opèrent sous l'influence d'un obstacle à la circulation veineuse; 3° d'autres hémorrhagies reconnaissent pour cause une diminution considérable dans la consistance du sang d'une part, et d'autre part, peut-être, dans un état de laxité ou de relâchement des parois des vaisseaux capillaires (1).

Telles sont, à mon avis, sinon toutes, au moins les principales causes, les conditions fondamentales sous l'empire desquelles s'opèrent les hémorrhagies, soit que ces causes interviennent isolément, soit qu'elles agissent concurremment.

Dans plusieurs des cas que nous avons déjà rapportés, nous avons noté comme *accident* ou comme symptôme l'existence de certaines hémorrhagies (*voy.* entre autres les chapitres consacrés à l'entéro-mésentérite typhoïde, à

(1) Cette dernière espèce d'hémorrhagies, trop méconnue par Pinel et ses disciples, ennemis déclarés de l'*humorisme*, n'a point été négligée par M. Andral. (Voy. le *Précis d'anatom. pathol.*, t. Ier, pag 73-74.)

l'hypertrophie du cœur, si souvent consécutive à une endocardite chronique, etc.).

Il ne me reste plus qu'à consigner ici les cas d'hémorrhagies dans lesquels celles-ci constituaient l'élément morbide prédominant et caractéristique. On n'oubliera pas toutefois ce que j'ai dit un peu plus haut, savoir que dans un système de classification vraiment philosophique des maladies, les hémorrhagies devraient être ralliées aux différentes lésions, soit du système vasculaire, soit du sang, dont elles ne sont réellement que des accidents, des symptômes, des effets.

SECTION UNIQUE.

Relation de six cas d'hémorrhagie ou de simple congestion hémorrhagique, recueillis pendant le semestre clinique d'été de l'année 1836.

Deux de ces cas sont relatifs aux hémorrhagies cérébrales (le premier s'est terminé par la mort), deux à l'hémorrhagie pulmonaire, un à l'hémorrhagie gastrique et un à l'hémorrhagie utérine.

Ces cas sont trop peu nombreux pour fournir la base d'un résumé de quelque importance.

§ Ier.

Hémorrhagie ou simple congestion hémorrhagique du cerveau.

OBSERVATION I.

Salle des femmes, n. 11. — La nommée Regnier, âgée de 60 ans, marchande des quatre saisons, demeurant rue de Grenelle, née à Valenciennes (Nord); malade depuis 7 jours; entrée le 31 mars 1836, morte le 18 juillet 1836.

Diagnostic. — HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE A DROITE, VERS LE CORPS STRIÉ ET LA COUCHE OPTIQUE.

(*Il existe une hémiplégie gauche incomplète: le mouvement est plus affaibli dans le bras que dans la jambe, la sensibilité est conservée.*)

D'une constitution de force moyenne; un peu maigre;

habituellement bien portante, mais sujette à des maux de tête, à des étourdissements sans perte de connaissance.

Il y a sept jours, le matin en se levant, la malade éprouve un étourdissement et tombe sans perdre connaissance (elle porte sur la joue gauche une ecchymose, suite de cette chute); depuis cette époque, la parole est restée embarrassée, et le côté gauche sur lequel elle est tombée est paralysé.

31 *mars.* — Bouche tirée à droite; parole embarrassée (cependant la malade répond assez bien; elle remue facilement la langue dans tous les sens); paralysie complète du mouvement dans le bras gauche dont la sensibilité est conservée; la jambe gauche peut exécuter quelques faibles mouvements volontaires et jouit de sa sensibilité normale.

Rien de notable pour les sensations spéciales et l'intelligence; appétit conservé; ventre souple; constipation depuis quatre jours. (*Une saignée de 3 palettes.*)

1er *avril.* — *Sang de la saignée :* le caillot offre à sa surface des rudiments de couenne; il est mou.

2. — Légers mouvements volontaires dans le bras gauche; secousses et contractions involontaires dans la jambe gauche. (*Bouillon de veau avec sulf. de soude demi-once; sol. sir. limon; lav. laxat.*; 2 *tasses de bouillon,* 2 *potages.*)

3 *et* 4. — Un peu plus de force dans le bras gauche; selles nombreuses par le sulfate de soude.

Du 4 *au* 14. — Les mouvements reviennent un peu plus forts dans le bras et la jambe; mais la malade urine sous elle. (*On augmente la dose de ses aliments.*)

20. — On examine le cœur et on note ce qui suit: bruit de souffle pendant la systole, ayant son maximum dans la région des cavités gauches; l'étendue de la matité de la région précordiale ne dépasse pas beaucoup les limites normales; battements du cœur réguliers, d'une moyenne force.

Diagnostic. — *On soupçonne un état crétacé des valvules aortiques sans obstacle notable à la circulation, et on ajoute que probablement les artères cérébrales ont elles-mêmes subi une dégénérescence crétacée.*

25 *avril.* — Langue rouge, sèche au milieu; un peu de mouvement dans la jambe gauche; mouvements presque nuls dans le bras et la main du même côté.

4 *mai.* — Constipation opiniâtre. (1 *bouteille d'eau de Sedlitz.*)

14. — La malade se plaint beaucoup du ventre; elle urine sous elle (on la sonde); agitation; pas de sommeil la nuit dernière.

15 *juin.* — L'hémiplégie gauche est presque complète; la malade commence à s'excorier.

Les jours suivants, les excoriations s'étendent; la malade tombe dans un état de marasme et d'épuisement, et elle s'éteint le 8 juillet, à dix heures et demie du soir.

Autopsie cadavérique, 12 heures après la mort.

1° *Centres nerveux.* — Cerveau peu volumineux; rougeur et épaississement de la pie-mère entre plusieurs circonvolutions des deux hémisphères, et adhérences celluleuses multipliées avec froncement sur chaque hémisphère vers la grande scissure surtout; sérosité en quantité moyenne dans les deux ventricules latéraux, semblable à une solution de gomme arabique peu épaisse.

En avant et en dehors de la couche optique droite, cavité pouvant contenir une petite noisette, à parois de couleur grisâtre ou de teinte d'ocre; à la surface de ces parois, qui est légèrement tomenteuse, rampent de petits vaisseaux rouges; dans la partie latérale droite du méso-céphale, couleur grisâtre et ramollissement d'une petite portion de la substance cérébrale (la portion altérée est grosse comme un noyau de cerise).

Le tronc de l'artère basilaire et les rameaux qui en naissent pour former le polygone artériel à la base du cerveau, ont leurs parois jaunes, épaissies, et offrent un état crétacé que nous avons suivi dans des ramifications très ténues.

2° *Organ. circulat. et respirat.* — Plaque blanchâtre, laiteuse, fibreuse, au-devant de la pointe du cœur (trace d'ancienne péricardite). Caillot fibreux à demi organisé dans l'oreillette et le ventricule droits. Léger épaississement et induration légère de la valvule tricuspide, bien conformée d'ailleurs.

Orifices droits libres, sains; valvules de l'artère pulmonaire saines. La valvule bicuspide est épaissie, hypertrophiée, parsemée de quelques points jaunes, bien conformée et mobile. Teinte laiteuse de l'endocarde à la base du ventricule gauche. État crétacé des valvules sigmoïdes de l'aorte, qui sont d'ailleurs bien conformées et peuvent s'abaisser et se relever de manière à clore hermétiquement l'orifice (celui-ci offre un calibre normal). Une des plaques calcaires de la valvule aortique la plus voisine de l'artère pulmonaire fait une saillie assez prononcée; elle a l'épaisseur d'une coquille d'œuf et la grandeur de l'ongle du petit doigt.

Plaques calcaires nombreuses au-dessous et dans l'épaisseur de la membrane interne de la crosse de l'aorte.

Les ventricules et les oreillettes du cœur n'offrent rien d'anormal dans leur capacité, ni dans l'épaisseur de leurs parois; la substance charnue est un peu molle, mais assez vermeille. Nulle imbibition.

OBSERVATION II.

Salle des hommes, n. 25. — Le nommé Leroyer, âgé de 28 ans, commissionnaire, demeurant rue Saint-Martin, 210, né à Baloudé (Mayenne); malade depuis 3 mois et 15 jours; entré le 30 mai 1836, sorti le 18 août 1836.

Diagnostic. — Congestion cérébrale *survenue dans le cours d'une induration des valvules gauches du cœur et d'une hypertrophie de cet organe, avec emphysème du poumon.*

Entré le 23 mars 1836, pour être traité d'une maladie organique du cœur, suite de fluxions de poitrine trop mollement traitées (la dernière datait de deux ans), cet homme était sorti soulagé, le 15 mai suivant. Les symptômes étaient à peu près les mêmes qu'à la sortie, lorsque, pour la seconde fois, le malade fut placé dans notre service.

30 *et* 31 *mai*. — Étouffement en montant; toux et crachats muqueux; mains froides (la température de la main droite est de 27°, tandis que celle de l'abdomen est de 31-32°); les jambes et les pieds sont enflés le soir, lorsque le malade est resté debout.

Voussure de la région précordiale, surtout dans la portion correspondante aux cavités gauches; la pointe du cœur bat à 2 pouces au-dessous du mamelon gauche; son impulsion est modérée; point de frémissement vibratoire distinct à la main appliquée sur la région précordiale, dont la matité est de 3 pouces 3 lignes transversalement et de 4 pouces verticalement; les battements du cœur, précipités, secouent fortement l'oreille appliquée sur la région de cet organe et donnent lieu à un tintement auriculo-métallique; les bruits valvulaires sont secs, durs, fortement parcheminés; la poitrine est assez généralement bombée, mais surtout à droite vers la gouttière vertébrale où existe une saillie en forme de *côte* ou de voussure; râle muqueux et sibilant; pouls à 140, médiocrement développé, assez roide et un peu irrégulier, sans intermittences complètes. (*Vésicat. à la région*

du cœur et pansement avec poudre de digitale gr. 8; looch thridace gr. 6; viol. guim. sir. gom; 1/8 d'aliments.)

31. — Pouls à 140, un peu irrégulier, sans intermittences complètes. (*Digit. gr. 8 surface du vésicat.; le reste idem.*)

1er *juin.* — Pouls à 124-128; la température de la peau s'est un peu élevée (de 35° à l'abdomen, de 36° dans la bouche). (*Pot. digit.*)

5. — Le pouls se ralentit (96) et offre quelques intermittences et des inégalités; bruits parcheminés très distincts.

9. — Pouls à 48, intermittences très rares.

17. — Depuis la nuit dernière, parole embarrassée; faiblesse dans les mouvements du côté droit; insensibilité de la peau du bras droit (la jambe droite conserve sa sensibilité); insensibilité du côté droit du visage; bouche déviée à gauche; pupille droite plus dilatée que la gauche; les paupières conservent leurs mouvements; la langue se meut volontairement en tous sens; céphalalgie sus-orbitaire. (Le malade ne s'est aperçu de ces accidents qu'en se réveillant; il ne sait quelle peut en être la cause.) (*Saignée de 2 à 3 palettes; solut. sir. lim.; lavem. émoll.; diète.*)

18. — La sensibilité est revenue dans le bras droit; la céphalalgie a disparu; la parole est plus facile. (*Bouillon aux herbes.*)

Les phénomènes de paralysie ont complétement disparu. (*Pot. diac.; tilleul-orangé; 1/8 d'aliments.*)

26 *juillet.* — Le tintement auriculo-métallique et la force des battements du cœur ont diminué; quelques intermittences de temps en temps. (*La demie d'aliments.*)

18 *août.* — Sortie. — La maladie du cœur persiste; le malade est seulement soulagé.

§ II.

Hémorrhagie pulmonaire.

OBSERVATION III.

Salle des hommes, n. 19. — Le nommé Paul, âgé de 21 ans, étudiant en droit, demeurant rue des Saints-Pères, 15, né à Troyes (Aube); malade depuis 10 jours, entré le 22 juin 1836, sorti le 28 juin 1836.

Diagnostic. — APOPLEXIE PULMONAIRE A DROITE (*au sommet principalement*), *avec bronchite.*

D'une assez forte constitution; d'un tempérament lymphatico-nerveux; peau fine, mince, cheveux blonds; d'une bonne santé habituelle.

Il est sujet depuis deux ans à des affections morales tristes.

Il y a dix jours, crachement de sang noir et caillé (*environ la quantité suffisante pour couvrir une assiette*); depuis, tous les jours, surtout le matin, il a craché un peu de sang; il a trois fois saigné au nez (il y a cinq jours pour la dernière fois); pas de douleur de poitrine, beaucoup de toux et mal à la gorge depuis l'hémoptysie.

Cinq jours avant ce crachement de sang, le malade s'est refroidi en se découvrant et en ouvrant la fenêtre de sa chambre au milieu de la nuit.

Il a bu de la tisane d'orge, et a pris depuis deux jours un verre d'anisette.

22 *et* 23 *juin.* — Il existe dans le crachoir 2/3 de palette environ de sang écumeux, mêlé de quelques crachats muqueux; nulle douleur dans la poitrine; respiration libre; toux peu fréquente; résonnance bonne en avant des deux côtés, faible en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses; respiration très faible sous les deux clavicules, avec une lé-

gère sibilance dans l'expiration, sous la clavicule gauche; murmure respiratoire très faible, dans la région des omoplates, avec des craquements secs, surtout dans la fosse sus-épineuse droite; bruits du cœur normaux; pouls à 80, assez fort et développé; rien de particulier pour les voies digestives; peau fraîche et sèche. (*Saig.* 2 *palettes; vent. scarif. à la partie antér. et post. du sommet du poumon droit; viol. guim. sir. gom.; pot. gom. extr. de ratanhia* 1 *gros ;catapl. ensuite; diète.*)

24. — La quantité du sang expectoré a diminué depuis hier (il en existe environ une cuillerée à bouche, mêlé à des crachats visqueux, spumeux à leur surface).

Sang de la saignée. — Couenne mince, assez résistante; sérosité claire; la consistance du caillot est moyenne (il en est de même pour la consistance du sang des ventouses).

Pouls à 88-92; comme hier, résonnance bonne en avant des deux côtés; murmure respiratoire un peu moins faible qu'hier sous les clavicules; moins de résonnance dans la région du scapulum droit que dans la région correspondante du gauche; respiration moins faible dans la région du scapulum droit, sans râle notable, bonne partout ailleurs en arrière.

25. — Crachats albumineux avec médiocre quantité de sang à demi caillé (1/2 cuillerée environ); le malade va bien du reste. (2 *tass. bouill. maigre;* 1 *soupe maigre; lait;* 12 *cerises.*)

26. — Crachats à peine teints de sang. (1/8 *d'alim.*)

28. — Sortie. — Il n'existe plus de crachement de sang.

Addition.

Huit jours environ après sa sortie, ce jeune homme rentra dans notre service (5 juillet 1856) pour une récidive de son hémoptysie.

Depuis sa sortie, ses crachats étaient seulement un peu

rouillés ; mais la nuit qui précéda le jour de son entrée, il cracha une petite quantité de sang pur.

Ce jour-là, il existait un peu d'oppression ; la résonnance de la poitrine était assez bonne partout, la respiration humide dans la région du scapulum droit, et moins pure, moins nette dans toute la moitié antérieure et supérieure de la poitrine que dans les autres points de cette cavité; le pouls était à 100. (*Limon. sulfur.; viol. guim. sir. gom.; pot. gom. extr. de ratanhia* 1 *gros; catapl. poitrine; lait coupé.*)

6 *juillet.* — Le crachoir est aux trois quarts plein d'un sang écumeux; le pouls à 116. (*Saig.* 2 *à* 3 *palett.; solut. sir. lim.; tis. de grande consoude sir. de coing; même potion qu'hier; lav. émoll.;* 2 *tass. de bouill.*)

7. — Il existe à peine du sang dans les crachats; bon sommeil; pouls à 100; bruits du cœur normaux.

Sang de la saignée. — Couenne mince (d'une demi-ligne environ d'épaisseur sur ses bords), supportant le poids du caillot. (2 *tass. bouill.;* 1 *crème riz; lait; le reste idem, sauf la saignée.*)

8. — Le malade a craché seulement quelques grumeaux de sang; il a sué la nuit dernière, et son sommeil a été agité; pouls à 92-96; point de bruit de diable bien manifeste dans les carotides; respiration un peu rude au-dessous des clavicules.

9. — Crachats albumineux, à peine rougis de sang; point de râle nulle part, pouls à 88-92. (1/8 *d'alim.*)

Les jours suivants (du 9 au 14), les crachats ne contiennent plus de sang.

14. — Il y a de nouveau un peu de sang dans les crachats, et il existe un léger râle muqueux à la partie antérieure-supérieure du côté gauche. (Le malade mange le quart.)

20 *juillet.* — Sortie. — Cessation de l'hémoptysie.

OBSERVATION IV.

Salle des hommes, n. 12. — Le nommé Jacquin, âgé de 37 ans, boulanger, demeurant rue des Gravilliers, 6, né à Grand-Linzène (Isère); malade depuis 14 jours, entré le 9 juin 1836, sorti le 10 juin 1836.	*Diagnostic.* — HÉMOPTYSIE? HÉMATÉMÈSE?

D'une constitution forte; d'un tempérament sanguin-bilieux; habituellement bien portant, cet homme a été militaire pendant quatorze ans, et est sujet aux douleurs rhumatismales.

Depuis quatorze jours, le malade a craché du sang à diverses reprises (il a été saigné à Beaujon). Il ne peut dire au juste s'il a craché, *expectoré* ou *vomi du sang*.

9 *juin soir*. — Point de douleur dans la poitrine; toux peu fréquente; le malade dit cracher du sang pur assez rouge (il n'en crache pas dans ce moment); résonnance et respiration vésiculaire normales partout; pas de céphalalgie; visage bon; langue rosée, humide; appétit assez bon; ni nausées ni vomissements; ventre souple, indolent, selles naturelles; pouls à 84, médiocrement développé; peau fraîche et sèche.

10. — Pouls à 76; quelques crachats séreux, nullement mêlés de sang.

Le sujet n'offrant réellement aucun signe de maladie, on lui a donné sa sortie.

OBSERVATION V.

Salle des femmes, n. 4.—La nommée Podevin, âgée de 36 ans, blanchisseuse, demeurant à Boulogne, née à Avesnes (Nord); malade depuis 40 jours, entrée le 14 mai 1836, sortie le 20 juin 1836.

Diagnostic. — HÉMATÉMÈSE PRÉCÉDÉE D'AMÉNORRHÉE; RÉTENTION D'URINE.

D'une constitution grêle, lymphatique, ayant la peau tachée de rousseurs; ordinairement bien réglée; non sujette au saignement de nez ni à d'autres hémorrhagies.

Les règles ont manqué depuis deux mois (mars et avril). La malade dit qu'elles avaient commencé à paraître et qu'elles s'arrêtèrent par l'effet d'un *saisissement* ou d'une frayeur des plus vives.

La malade éprouvait, depuis plusieurs jours, des douleurs dans l'*estomac et le bas-ventre*, lorsqu'il y a près de six semaines (3 avril), elle eut un vomissement de sang noir en caillot, qui dura cinq minutes.

Depuis le vomissement de sang, la malade a continué à souffrir dans le dos et l'estomac : depuis lors aussi, elle a eu, à plusieurs reprises, des épistaxis assez abondantes; elle a pris cinq bains simples, un bain de siége, et 20 sangsues ont été appliquées en deux fois sur le ventre. Elle a bu de la tisane de chiendent émulsionnée.

14 *et* 15 *avril.* — Tête lourde, sans céphalalgie; face rougeâtre; pourtour de la bouche légèrement jaune; langue un peu jaunâtre au milieu, rosée sur les bords; bouche mauvaise; soif augmentée; pas d'appétit; pas de vomissements, ventre légèrement tendu et endolori; pas de selle depuis hier; pouls à 64, médiocrement développé; peau chaude et moite; battements et bruits du cœur normaux; rien de notable pour la respiration; léger enrouement de la voix qui a commencé à l'époque du vomissement de sang. — Dans la journée du 14, la malade est prise d'une réten-

tion d'urine (elle a pu rendre à peine un verre d'urine dans les vingt-quatre heures); la région hypogastrique est tendue, et la vessie forme une saillie arrondie (par le cathétérisme, on en retire près d'un litre d'urine). (*Orge-chiend. sir. gom; bain tiède, lav. émoll.; 2 tass. bouill.; 1 soupe aux herbes; pruneaux.*)

16. — Hier soir, il a fallu sonder de nouveau la malade, et on a, par le cathétérisme, retiré à peu près autant d'urine que le matin; ce matin, la vessie est encore pleine (cathétérisme). La malade n'avait jamais éprouvé de semblable accident; il lui était seulement arrivé quelquefois d'uriner goutte à goutte; elle déclare que depuis quatre jours avant l'entrée, elle avait de la peine à uriner et qu'on avait voulu la sonder, mais qu'elle s'y était refusée (elle n'avait pas donné ces renseignements le jour de son entrée). (*Une goutte de teinture de canthar. dans un verre de la tisane; le reste idem.*)

17. — La malade urine seule dans la soirée. (1/8 *d'alim.*)

18. — La rétention d'urine a complétement cessé.

A partir du 24 mai, la malade fait le service d'infirmière Elle sort le 20 juin.

OBSERVATION VI.

Salle des femmes, n. 1. — La nommée Bertret, âgée de 34 ans, chapelière, demeurant rue du Verbois 37, née à Compiègne (Oise); malade depuis environ 12 jours, entrée le 5 juillet 1836, sortie le 6 juillet 1836.	*Diagnostic*. — LÉGÈRE MÉTRORRHAGIE.

D'une assez bonne constitution; un peu blonde; d'un embonpoint médiocre.

Après une suppression des règles, qui a duré trois mois, il lui est survenu une perte en rouge; ou un écoulement sanguin par les parties génitales, qui a duré douze jours et

qui s'est arrêté le matin même du jour de l'entrée de la malade (5 juillet).

Voici quel était alors son état :

Langue rosée, humide; pas de soif; peu d'appétit; bouche non mauvaise; nausées, vomissement aqueux ce matin; ventre généralement tendu et dur, rendant un son assez clair partout; selle naturelle tous les jours; excrétion de l'urine facile.

Examen au toucher et au spéculum : un peu de mucus épais sur le col de la matrice, dont la lèvre postérieure est grosse, comme hypertrophiée; l'ouverture du museau de tanche est petite, arrondie, dirigée en haut et en avant; on ne constate point de ballottement sensible; la cavité de l'utérus ne paraît pas dilatée.

Point de douleurs ni de tiraillements dans les aines et les cuisses; point de fièvre; point de bruit anormal au cœur ni dans les artères; respiration normale; bon sommeil.

6. — Sortie.

CINQUIÈME CLASSE.

MALADIES QUI CONSISTENT ESSENTIELLEMENT ET FONCIÈREMENT EN UNE ALTÉRATION DE L'HÉMATOSE OU DE LA SANGUIFICATION (LÉSIONS DU SANG).

Considérations préliminaires.

Abstraction faite de certaines maladies purement mécaniques, il n'est presque aucune affection, soit générale, soit locale, soit aiguë, soit chronique, dans laquelle on ne puisse admettre et le plus souvent démontrer l'existence de quelque altération du sang, tant dans sa quantité (*hypérémose* ou pléthore, *hypoemose* ou anémose), que dans ses qualités et les proportions des divers éléments dont il est composé (1). C'est pourquoi déjà, dans les précédentes classes de maladies, nous avons signalé diverses altérations de cet important liquide, qui, de concert avec la *force nerveuse*, vivifie et *anime* en quelque sorte tous les organes.

Il ne s'agit ici que des cas dans lesquels les altérations du sang constituent actuellement l'élément morbide prédominant, et deviennent par conséquent le pivot sur lequel le praticien doit faire rouler ses agents thérapeutiques. Il est vrai que les altérations de ce dernier genre elles-mêmes ont souvent des rapports intimes avec plusieurs autres maladies, telles que diverses névroses, des phlegmasies chroniques qui, en raison de leur durée plus ou moins longue et suivant

(1) Il n'est pas ici question des dérangements purement mécaniques ou dynamiques que le sang peut éprouver dans son cours.

le siége qu'elles occupent, entraînent de si graves lésions dans la grande fonction de l'hématose, dans la quantité et la composition du sang. Toutefois, il est d'une saine philosophie médicale d'étudier à part certaines lésions du sang, et quand cette étude embrasse tous les côtés de la question, elle ne manque pas de faire ressortir les points de contact qui se rencontrent entre ces lésions et les autres maladies du cadre nosologique.

Quoi qu'il en soit, dans le cours du semestre clinique dont nous rendons compte, les seuls cas de lésions du sang et de l'hématose, ou de la sanguification, de l'ordre de ceux dont nous traitons ici, sont relatifs à la *chlorose*, à l'*anémie*, à l'*hydrémie* et à l'*asphyxie* par submersion. Nous avons cru devoir ranger ce dernier cas parmi ceux qui se rapportent essentiellement aux altérations de la sanguification ou de l'hématose, attendu qu'en effet les accidents et la mort sont dus à ce que le sang ne peut plus subir au sein du poumon les changements, et pour ainsi dire la *révivification*, sans lesquels il ne saurait être propre à nourrir et à exciter les organes. Néanmoins, le sujet du cas que nous rapporterons ne succomba point aux accidents immédiats de la submersion, mais bien aux suites de celle-ci, suites au nombre desquelles se trouve une pleuro-pneumonie (1).

Parmi les cas d'*anémie* ou d'*hydrémie*, il en est un grand nombre que nous ne consignerons pas ici, attendu qu'ils ont déjà été rapportés dans les autres parties de cet ouvrage, consacrées aux maladies dont l'état *anémique* ou *hydrémique* n'était qu'un des éléments, ou mieux un des effets : telles sont les phlegmasies aiguës dans lesquelles nous avons employé les saignées coup sur coup, à la dose que nous avons si souvent indiquée; les phlegmasies chroniques qui entraînent une profonde lésion de l'hématose et de la

(1) Si cette pleuro-pneumonie se fût développée sous l'influence de ses causes ordinaires, elle eût été facilement guérie.

nutrition, la phthisie ou tuberculisation pulmonaire, par exemple (il est vrai que, dans ces dernières maladies, il survient un état cachectique qui n'est pas purement *anémique*, puisque, en même temps que la quantité du sang diminue, ses qualités et sa composition s'altèrent aussi).

Ici, comme dans tant d'autres circonstances, nous éprouvons un grand embarras dans la classification des faits ou des cas, parce que, encore une fois, rien n'est plus rare que des cas simples ou formés d'un seul élément morbide; et c'est ainsi, par exemple, que nos cas de chlorose, chez la femme, auraient pu être presque tous classés parmi ceux relatifs à la leucorrhée, car cette maladie a existé, à un degré plus ou moins fort, chez la plupart de nos chlorotiques du sexe féminin. Je ne dis pas que ces deux maladies soient inséparables chez la femme, mais seulement qu'elles coexistent très souvent, et j'ajoute que, dans un bon nombre de cas, la leucorrhée est une des causes de l'état chlorotique, tandis que l'aménorrhée n'en est ordinairement que l'effet (1).

(1) Il est réellement assez rare de voir une chlorose bien conditionnée chez une femme qui n'a jamais eu de leucorrhée ou de flueurs blanches; mais il est au contraire assez commun de rencontrer des femmes qui sont depuis long-temps affectées de flueurs blanches sans être chlorotiques. Les propositions générales que j'énonce ici reposent sur plusieurs centaines de cas particuliers, que j'ai observés soit dans les hôpitaux, soit dans la ville, soit surtout au bureau central. La découverte que j'ai faite du *bruit de diable* dans les artères des chlorotiques, a été pour moi un motif d'étudier cette affection avec un soin tout particulier, et je fais ici cette remarque, pour que les lecteurs soient bien convaincus que je ne parle pas à la légère d'un objet beaucoup plus sérieux que ne le croient plusieurs médecins.

CHAPITRE PREMIER.

Chlorose, Anémie, Hydrémie.

Considérations générales et exposition de quelques recherches aréométriques sur les rapports qui existent entre la densité du sang et la production du bruit de diable dans les artères.

§ Ier.

En renfermant dans un seul et même chapitre les cas relatifs à la *chlorose* proprement dite, à l'*anémie* et à l'*hydrémie*, ce n'est pas que je confonde entre eux ces trois états morbides de la masse sanguine. Toutefois, les ressemblances ou les communautés qui existent entre ces trois états l'emportent peut-être sur les différences ou les particularités propres à chacun d'eux, et dans l'état actuel de la science, certaines nuances peu tranchées de ces trois états ne sont pas faciles à distinguer entre elles, d'une manière rigoureuse et précise. Il n'en est pas ainsi dans les cas bien caractérisés de l'un ou l'autre de ces trois états. Ainsi, par exemple, une chlorose bien conditionnée ne saurait être prise pour une anémie, telle, par exemple, que celle qui accompagne d'abondantes pertes de sang, soit par suite d'*hémorrhagies*, soit par suite d'émissions sanguines pratiquées pour la guérison de certaines maladies.

Quoi qu'il en soit, la chlorose proprement dite est une maladie qui affecte presque exclusivement le sexe féminin (1), tandis que l'anémie pure et simple et l'hydrémie

(1) Je dis presque exclusivement, car il est quelques cas où l'on observe réellement, chez de jeunes sujets du sexe masculin, les caractères pathognomoniques de la chlorose.

peuvent se rencontrer également et chez l'homme et chez la femme. Quand on aura déterminé, par des recherches chimiques plus rigoureuses encore que celles trop peu nombreuses faites jusqu'à présent, les différences qui distinguent le sang des *chlorotiques* du sang normal, il sera plus facile de tirer une ligne de démarcation bien saillante entre la chlorose et la simple anémie.

Avant de rapporter les cas compris dans dans ce chapitre, je vais exposer des recherches faites récemment sous mes yeux, par MM. Renauldin et Babin, sur la détermination du degré de densité du sang, avec lequel coïncide l'apparition du *bruit de diable* dans les artères.

§ II (1).

Quelques recherches faites dans le service de M. le professeur Bouillaud, par MM. Renauldin et Babin, élèves externes, afin de connaître quel doit être le dégré de densité du sang, pour que le bruit de souffle ou de diable se fasse entendre dans les artères carotides et sous-clavières.

« Ces recherches ont été faites sur des malades admis dans le service de M. le professeur Bouillaud, depuis le 25 mai 1837 jusqu'au 6 août suivant.

1° » Nous avons toujours eu soin, avant de faire aucune expérience, d'ausculter les carotides et les sous-clavières; et, dans la crainte de commettre quelque erreur, nous avons souvent prié M. Bouillaud de constater l'existence ou l'absence du bruit de diable.

2° » Nous nous sommes servis d'un aréomètre de Baumé que nous avions mis à l'épreuve, et d'une éprouvette en fer-blanc dans laquelle était reçu le sang à la sortie de la veine.

(1) Tout ce paragraphe a été rédigé par M. Renauldin lui-même, digne fils de l'un de nos plus honorables confrères, président actuel de l'académie royale de médecine (1837).

3° »L'éprouvette et l'aréomètre étaient placés, quelques minutes avant chaque expérience, sur l'abdomen du malade, de manière à y acquérir un degré de chaleur tel que le sang en contact avec ces instruments ne pût éprouver aucun refroidissement bien notable.

4° L'ouverture de la veine a toujours été faite largement, de manière à permettre au sang de couler d'un jet rapide et continu.

5° »Nous avons eu soin également, après la saignée, et les jours suivants, d'ausculter les carotides, de manière à saisir l'instant où le bruit de diable se manifesterait.

6° »Nous avons toujours noté, autant qu'il nous a été possible, la densité du sang de tous les malades soumis aux expériences, depuis la première saignée jusqu'à la dernière.

7° »Nos recherches ont été faites sur 27 malades (tous hommes), dont l'un de nous (M. Renauldin) a recueilli attentivement les observations, sous la dictée de M. le professeur Bouillaud.

»De ces 27 malades,

7	étaient atteints	d'entéro-mésentérite typhoïde ;
5	—	de rhumatisme articulaire aigu ;
3	—	de pleurésie ;
2	—	de pneumonie ;
2	—	de rougeole ;
2	—	de variole ;
2	—	d'hypertrophie du cœur ;
2	—	d'entéro-colite ;
1	—	d'un état fébrile éphémère ;
1	—	d'attaques épileptiformes.
TOTAL 27		

De ces 27 malades,

»Treize ont eu le bruit de diable, aprèsa voir été saignés ; les 14 autres ne l'ont pas présenté, parce qu'ils n'ont été saignés qu'une seule fois, et qu'ils n'étaient pas d'ailleurs avant la saignée dans des conditions favorables à la produc-

tion de ce bruit. Mais comme nous avons mesuré également la densité de leur sang, nous en formons une seconde catégorie qui pourra servir de point de comparaison pour la détermination de la densité du sang d'une première saignée chez des individus affectés du même genre de maladie.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

»Des 13 malades qui ont eu le bruit de diable après avoir été saignés,

5 étaient atteints d'entéro-mésentérite typhoïde;
3 — de rhumatisme articulaire aigu;
2 — de pleurésie;
1 — de pleuro-pneumonie;
1 — de variole;
1 — de rougeole.

»De ces 13 malades,

7 ont eu le bruit de diable quand la densité du sang était à 5° 1/2;
3 quand la densité était à 5° 1/4;
1 — 4° 1/4;
1 — 5° 3/4;
1 — 6° 1/4.

»Des 7 malades dont la densité du sang était à 5° 1/2,

3 étaient atteints d'entéro-mésentérite typhoïde;
1 — de rhumatisme articulaire aigu;
1 — de pleuro-pneumonie;
1 — de pleurésie;
1 — de variole.

»Des 3 dont la densité du sang était à 5° 1/4,

1 avait une pleurésie;
2 avaient une entéro-mésentérite typhoïde.

»Le seul dont la densité du sang était à 4° 1/4 avait une rougeole;

» Le seul dont la densité du sang était à 5° 3/4 avait un rhumatisme articulaire aigu ;

» Le seul dont la densité du sang était à 6° 1/4 avait aussi un rhumatisme articulaire aigu.

» Des 7 malades dont la densité du sang était à 5 1/2,

3 ont eu 2 saignées de 3 palettes chaque, et 1 application de vent. scarif. 3 pal. (2 liv. 4 onc.) ;
1 a eu 2 saig. 3 pal. et 3 applications de vent. scarif. 3 pal. (3 liv. 3/4) ;
1 — 2 saig. 3 pal. ; pas de ventouses (1 liv. 1/2) ;
1 — 1 saig. 3 pal. et 20 sangs. au cou (1 liv. 4 onc.) ;
1 — 1 saig. 3 pal ; 1 application vent. scarif. 3 pal. (1 liv. 1/2).

} Avant que la densité du sang ne fût à 5 1/2, et qu'on eût entendu aucun bruit de diable dans les carotides.

» Des 3 malades dont la densité du sang était à 5° 1/4,

2 ont eu 1 saig. 3 pal. et 1 application vent. scarif. 3 pal. (1 liv. 1/2) ;
1 a eu 2 saig., l'une de 3 pal., l'autre de 2 pal. et 2 applications vent. scarif., l'une de 3, l'autre de 2 pal. (2 liv. 1/2) ;
Celui dont la densité du sang était à 4° 1/4 a eu 1 saig. 3 pal. et 1 app. vent. scarif. 4 pal (1 liv. 3/4) ;
Celui dont la densité du sang était à 5° 3/4 a eu 2 saig. 3 pal. et 2 applicat. vent. scarif. 3 pal. (3 liv.) ;
Enfin celui dont la densité du sang était à 6° 1/4 a eu 2 saig. 3 pal., 1 app. vent. scarif. 3 pal. (2 liv. 4 onc.).

} Avant que la densité ne fût à 5° 1/4 chez les 3, à 4 1/4 chez l'un, 5° 3/4 chez l'autre, à 6° 1/4 chez le dr., et qu'on eût entendu le bruit de diable dans les carot.

» Chez ces 13 malades, voici quelles ont été les variations de la densité du sang des saignées antérieures à celle après laquelle le bruit de diable s'est manifesté.

» 1° A la 1re saignée,

Chez 6 l'aréomètre a marqué 6° { 3 rhumatismes articulaires aigus ; 1 entero-mésentérite ; 1 pneumonie ; 1 pleurésie.
Chez 1 — 6° 1/4 entéro-mésentérite.
Chez 2 — 5° 3/4 { pleurésie ; entéro-mésentérite.
Chez 1 — 5° 1/2 variole.
Chez 2 — 5° 1/4 { rougeole ; rhumatisme articulaire aigu.

Chez 1, on n'a pu constater la densité.

» 2° A la 2ᵉ saignée,

Chez 3, l'aréomètre a marqué		6°;
Chez 1	—	6° 1/4;
Chez 7	—	5° 3/4;
Chez 2	—	5° 1/2.

» De ces 13 malades,

7 ont eu le bruit de diable dans la *carotide droite;*
3 — dans la *carotide gauche;*
3 — dans les deux carotides.

Le bruit a été musical dans 1 cas;
— continu dans 2 cas;
— intermittent dans 10 cas.

» Des 5 malades atteints d'entéro-mésentérite typhoïde,

L'un a eu le bruit de diable le lendemain de la 1ʳᵉ saignée;
malade depuis 4 jours;
âgé de 27 ans;
constitution forte: tempérament lymphatico-sanguin.

Le 2ᵉ a eu le bruit de diable au 4ᵉ jour, après 3 saignées générales et 2 locales;
malade depuis 4 jours;
âgé de 26 ans;
d'une constitution forte, sanguine.

Le 3ᵉ a eu le bruit de diable après 2 saignées génér. et 1 locale;
malade depuis 8 jours;
âgé de 17 ans;
habituellement bien portant; constitution assez forte.

Le 4ᵉ a eu le bruit de diable après 2 saig. génér. et 1 locale;
malade depuis 11 jours;
âgé de 21 ans;
constitution de force moyenne; cheveux châtains; tempérament un peu lymphatique.

Le 5ᵉ a eu le bruit de diable après 2 saig. génér. et 1 locale;
malade depuis 17 jours;
âgé de 19 ans;
constitution assez forte; tempérament lymphatico-sanguin.

» Des 3 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu,

L'un a eu le bruit de diable le lendemain de la 2ᵉ saignée générale ;
malade depuis 4 jours ;
âgé de 23 ans ;
constitution forte ; tempéram. lymph.-sang. ; chev. chât. foncé.

Le 2ᵉ, après 3 saig. génér. et 1 locale, a eu le bruit de diable dans la carotide droite au 4ᵉ jour de sa maladie, et dans la carotide gauche au 12ᵉ jour, après la 4ᵉ saignée générale ;
âgé de 22 ans,
constitution assez forte ; sanguin ; cheveux châtains.

Le 3ᵉ a eu le bruit de diable après 2 saig. génér. et 1 locale ;
malade depuis 11 jours ;
âgé de 25 ans ;
constitution assez forte ; peau blanche et fine.

» Des 2 malades affectés de pleurésie,

L'un a eu le bruit de diable après une saig. génér. et 1 locale ;
malade depuis 7 jours ;
âgé de 18 ans ;
constitution faible ; cheveux châtains ; tempéram. lymphatique.

Le 2ᵉ a eu le bruit de diable après 2 saig. génér. et 3 locales
âgé de 21 ans ;
malade depuis 13 jours ;
constitution de force moyenne ; cheveux châtains.

Le seul atteint de pleuro-pneumonie a eu le bruit de diable après 3 saignées générales :
malade depuis 7 jours ;
âgé de 43 ans ;
tempérament nerveux ; maigre.

Le seul atteint de variole a eu le bruit de diable après 2 saignées génér. et 1 locale ;
malade depuis 8 jours :
âgé de 20 ans ;
constitution de force moyenne ; brun ; cheveux châtains.

Le seul affecté de rougeole a eu le bruit de diable après 3 saig. génér. 2 locales :
malade depuis 9 jours ;
âgé de 23 ans ;
constitution de force moyenne ; santé délicate.

Chez nos 13 malades auxquels on a pratiqué une ou plusieurs saignées consécutivement à celle après laquelle le bruit de diable s'était manifesté, nous avons observé que la densité restait quelquefois la même, mais que, dans la plupart des cas, elle diminuait très notablement après chaque saignée, soit d'un degré, par exemple, soit d'un demi, d'un quart, d'un cinquième de degré. Nous avons également remarqué que cette diminution de la densité était plus ou moins sensible, suivant que les saignées étaient prescrites dans des espaces de temps plus ou moins rapprochés. Ainsi, chez un rhumatisant couché encore en ce moment au n° 22 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, et auquel on a pratiqué en 8 jours 9 saignées, dont 7 générales et 2 locales,

La densité de la	7e ou dernière	a été	de 4° ;
celle de la	1re	—	de 6° ;
celle de la	2e	—	de 6° ;
celle de la	3e	—	de 5° 1/2 ;
celle de la	4e	—	de 5° ;
celle de la	5e	—	de 4° 1/2 ;
celle de la	6e	—	de 4°.

Chez ce malade, le bruit de diable n'a pas cessé de se faire entendre : rudimentaire après les premières émissions sanguines, très intense et continu après les dernières.

Conclusions qui résultent des recherches faites chez nos 13 malades.

1° Le bruit de diable se manifeste dans la plupart des cas, lorsque la densité du sang est de 5° 1/2 de l'aréomètre de Baumé, puisque, sur nos 13 malades, 7 fois la densité a été à 5° 12.

2° Cependant, quelquefois la densité doit être moindre encore pour que le même bruit se fasse entendre, puisque, sur 4 malades, la densité a été 3 fois à 5° 1/4, et 1 fois à 4° 1/4.

3° Elle peut aussi quelquefois, au contraire, atteindre plus de 5° 1/2, puisque, chez les 2 autres malades, l'aréomètre a marqué une fois 6° 1/4, et 1 fois 5° 3/4.

4° Chez presque tous nos malades, c'est après 3 ou 4 saignées, tant générales que locales, pratiquées coup sur coup, que le bruit de diable s'est manifesté (un seul, faisant exception à cette règle, l'a eu le surlendemain de sa première saignée, mais aussi la densité de son sang était de 5° 1/2).

5° L'espèce de la maladie paraît avoir peu influé sur l'apparition du bruit de diable, puisque, sur les 7 malades dont la densité du sang était à 5° 1/2,

> 2 avaient une entéro-mésentérite typhoïde,
> 2 un rhumatisme articulaire aigu,
> 1 une pleuro-pneumonie,
> 1 une pleurésie,
> 1 une variole;

puisque, sur les 3 dont la densité du sang était de 5° 1/4, on observait deux entéro-mésentérites et un rhumatisme articulaire aigu, et que, des trois autres, l'un, dont la densité du sang était à 4° 1/4, avait une rougeole; le second, dont la densité du sang était à 5° 3/4, avait un rhumatisme articulaire aigu, ainsi que le 3e, dont la densité du sang était de 6° 1/4.

6° La durée de la maladie, avant l'apparition du bruit de diable chez nos 13 malades, a été bien différente,

puisque chez 3 il s'est manifesté		au 4e jour de la maladie,
chez 2	—	au 7e,
chez 2	—	au 8e,
chez 1	—	au 9e.
chez 1	—	au 10e,
chez 2	—	au 11e,
chez 1	—	au 17e,
chez 1	—	au 2e.

7° Tous étaient d'une forte constitution, à l'exception

d'un seul qui était d'un tempérament faible, lymphatique, et chez lequel le bruit se manifesta après 2 saignées, l'une générale, l'autre locale.

8° Ils étaient tous âgés de 17 à 30 ans (un seul avait 45 ans).

9° Nous sommes portés à penser, après avoir suivi attentivement et de jour en jour la marche de la maladie et l'influence du traitement chez nos 13 malades, que le bruit de diable s'est manifesté d'autant plus facilement et plus promptement, que les individus arrivaient à une époque plus éloignée de celle où ils étaient tombés malades, quoique, chez eux, on n'eût pas employé aussi énergiquement qu'à la clinique la méthode des saignées coup sur coup.

10° Nous avons observé, en auscultant tous les jours les malades, que le bruit de diable diminuait d'intensité à mesure qu'ils approchaient de la convalescence, et que le bruit disparaissait complétement plusieurs jours après qu'on leur avait donné quelques aliments.

Ainsi sur les 13 malades,

2 n'avaient plus le bruit de diable 6 jours après qu'ils étaient au 1/4 d'aliments;		
1	—	5 jours après;
1	—	8 jours après;
1	—	7 jours après;
1	—	4 jours après;
2		9 jours après.

Les cinq autres ne sont pas encore convalescents en ce moment et ont toujours le bruit de diable.

Nous avons vu, dans plusieurs circonstances, ce bruit disparaître quand les malades ne mangeaient que le 1/8 d'aliments.

SECONDE CATÉGORIE.

Malades qui n'ont été saignés qu'une seule fois, et qui n'ont pas eu le bruit de diable (1).

Ces malades sont au nombre de 14.

1 avait la densité du sang	à 7° 1/4 ;
1	à 7° ;
1	à 6° 3/4 ;
1	à 6° 1/2 ;
1	à 6° 1/4 ;
7	à 6° ;
1	à 5° 3/4 ;
1	à 5° 1/2.

Celui dont la densité du sang était de 7° 1/4 était atteint d'*entéro-colite;* malade depuis 4 jours; âgé de 26 ans; d'une constitution de force moyenne.

Celui dont la densité du sang était de 7° avait la *variole;* malade depuis 5 jours; âgé de 21 ans; forte constitution; sanguin; brun.

Celui dont la densité du sang était de 6° 3/4 avait une *entéro-colite;* malade depuis 5 jours; âgé de 22 ans; constitution de force moyenne.

Celui dont la densité du sang était de 6° 1/2 avait une rougeole bénigne; d'une constitution assez forte; brun; un peu maigre.

Celui dont la densité du sang était de 6° 1/4 avait une *pleuro-pneumonie* et une *entéro-colite;* malade depuis 4 jours; âgé de 19 ans; constitution un peu grêle; maigre; poitrine étroite.

Des 7 dont la densité était de 6°,

(1) Un seul avait le bruit de diable avant la saignée, et c'est celui précisément dont la densité du sang était de 5° 1/2.

L'un avait une *entéro-mésentérite typhoïde;*
malade depuis 14 jours;
constitution de force moyenne; lymphatique.
Le 2e avait un *rhumatisme articulaire aigu;*
malade depuis trois jours;
âgé de 40 ans;
constitution forte.
Le 3 avait une *pleurésie;*
malade depuis 6 jours;
âgé de 22 ans;
constitution délicate; sujet aux rhumes.
Le 4e offrait un *état fébrile éphémère;*
malade depuis 3 jours;
âgé de 19 ans;
constitution assez forte; habituellement très bien portant.
Le 5e avait des *attaques épileptiformes;*
âgé de 23 ans;
forte constitution; tempérament sanguin.
Les 2 autres étaient atteints d'hypertrophie du cœur: l'un malade depuis 4 mois, l'autre depuis 2 mois et demi;
tous deux âgés de 40 ans, et d'une assez forte constitution.

Celui dont la densité du sang était de 5° 3/4 était atteint de *fièvre typhoïde;* malade depuis 13 jours; âgé de 28 ans; constitution un peu délicate, lymphatique.

Enfin celui dont la densité du sang était de 5° 1/2 avait un rhumatisme articulaire; malade depuis 4 ans, mais depuis 8 jours à l'état aigu; d'une constitution détériorée. (*Aussi avions-nous entendu le bruit de diable chez ce malade, avant d'avoir pratiqué la saignée.*) (1).

(1) Au moment où nous terminons ce travail, nous prenons la densité du sang de deux femmes couchées actuellement (salle Sainte-Magdeleine, l'une n° 7, l'autre n° 10).

La première, atteinte d'une hémiplégie gauche, est malade depuis 7 jours; âgée de 29 ans, *d'une constitution délicate, maigre, nerveuse*; elle a été saignée 2 fois. *Avant la première saignée, il existait un bruit de diable dans la carotide droite;* la densité du sang était de 5° 1/5 à la première

PREMIÈRE SECTION.

Relation de seize cas de chlorose, d'anémie et d'hydrémie.

---

§ Ier.

Faits relatifs au sexe féminin. — Ils sont au nombre de onze.

OBSERVATION I.re

Salle des femmes, n. 7. — La nommée Guiraud, âgée de 55 ans, couturière, demeurant rue Gît-le-Cœur, 3, née à Liamères (Gard); malade depuis 2 ans, entrée le 16 août 1836, sortie le 27 août 1836.

Diagnostic. — ÉTAT CHLOROTIQUE ET LEUCORRHÉE.

Bruit de diable sibilant ou musical dans la carotide droite.

Mariée; mère de six enfants; d'une constitution bilioso-nerveuse; brune, assez forte; à Paris depuis cinq mois.

Depuis deux ans, les règles ont été mêlées d'un écoulement leucorrhéique; envies de vomir et diminution de l'appétit; amaigrissement, surtout depuis un an; ni toux ni dévoiement; palpitations, essoufflement à la moindre fatigue.

A deux reprises, on lui a fait appliquer des sangsues dans la région du cœur et une autre fois à l'épigastre. — Elle n'a point été soulagée.

16 *et* 17 *août.* — Palpitations continuelles, augmentant

saignée, et de 5° à la seconde. (Peut-être la densité était-elle à 5° 1/2 quand la malade a commencé à avoir le bruit de diable).

La seconde a une *aménorrhée avec état semi-chlorotique*; elle a présenté le bruit de diable dans la *carotide et la crurale gauches* avant la saignée (elle n'a eu qu'une seule saignée), et la densité du sang était de 5° 3/4: la malade est d'une constitution de force moyenne, d'un embonpoint médiocre; brune et bien réglée ordinairement.

par le plus léger exercice; point de voussure dans la région du cœur, dont la pointe bat à un pouce au-dessous du sein; impulsion du ventricule gauche forte; premier bruit du cœur un peu prolongé et *enroué* dans la région des cavités gauches; vers l'aorte, les deux bruits sont plus clairs et plus secs que dans l'état normal; l'étendue de la matité de la région du cœur est de 2 pouces 2 à 3 lignes verticalement et transversalement; *bruit de diable sibilant ou musical dans la carotide droite;* la respiration est normale; inappétence; point de soif; nausées sans vomissements; langue blanchâtre, humide; ventre souple, indolent; selles naturelles; peau modérément chaude et moite; pâleur anémique générale; céphalalgie, étourdissements, insomnie.

Il y a 7 jours, les règles sont venues et ont duré deux jours (ordinairement elles duraient 6 jours); le sang des règles est peu coloré et très liquide; flueurs blanches, épaisses, continuelles, peu abondantes. (*Chicorée sauvage; tilleul-oranger sir. gom.; bain de siége; inject. narcotico-émoll.; pot. gom. sous-carb. fer et extrait de quinq.;* 2 *tass. bouill.; soupe grasse.*)

Les jours suivants, on continue les mêmes moyens et on augmente les aliments.

27. — Sortie soulagée.

OBSERVATION II.

Salle des femmes, n. 13. — La nommée Bulot, âgée de 22 ans, domestique, demeurant rue des Vignes, 8, née à Fruges (Pas-de-Calais), malade depuis 8 mois, entrée le 19 août 1836, sortie le 22 août 1836.

Diagnostic. — ÉTAT CHLOROTIQUE AVEC LEUCORRHÉE LÉGÈRE.

Bruit de diable dans la carotide droite.

D'une assez bonne constitution; brune; d'un tempérament bilioso-nerveux; à Paris depuis six ans.

Elle a deux sœurs, dont l'une est hystérique.

Depuis l'âge de quinze à dix-huit ans, elle est sujette à des migraines et à des étouffements; elle est réglée depuis l'âge de dix-huit ans et demi; depuis, les règles ont continué à venir régulièrement.

Depuis huit mois, douleur d'estomac après avoir mangé; depuis six semaines, la malade vomit, dit-elle, tout ce qu'elle prend.

Elle ne sait à quoi attribuer sa maladie, pour laquelle elle a été admise dans le service de M. Honoré et dans celui de M. Rostan. Elle a pris successivement, dit-elle, du calomel, de l'huile de ricin, de l'eau de Sedlitz, des eaux d'Enghien; du castoréum, des pilules de sous-carbonate de fer, de la magnésie, du vin d'absynthe (15 sangsues ont été aussi appliquées à l'épigastre).

19 *et* 20 *août*. — Point de céphalalgie; couleur jaune pâle du visage et de tout le corps en général; langue d'un rouge vif à la pointe et aux bords, blanchâtre au milieu; bon appétit (mais la malade dit vomir tout ce qu'elle prend, soit aliments, soit tisanes); bouche fade; salive non acide; douleur à l'épigastre, augmentant par la pression; le foie et la rate ne débordent pas; ventre assez volumineux, souple, sans gargouillement; constipation depuis quinze jours; rien d'anormal pour la respiration; pouls à 60, régulier, médiocrement développé; battements et bruits du cœur normaux (le premier un peu enroué); palpitations en montant; point de matité anormale dans la région précordiale; *bruit de diable dans la carotide droite*; chaleur modérée de la peau.

Les règles sont venues il y a huit jours, elles ont duré quatre jours comme à l'ordinaire; il existe un peu de flueurs blanches avant l'époque des règles seulement. (*Solut. sir. limon.*; *bain de siége*; *lav. émoll.*; 1/4 *côtelette*).

21. — Hier la malade a vomi tout ce qu'elle a pris. (*glace à l'intérieur*, *emplâtre de ciguë à l'épigastre*.

22. — Sortie.

OBSERVATION III.

Salle des femmes, n. 7. — La nommée Druard, âgée de 24 ans, domestique, demeurant rue d'Argenteuil, 23, née à Montcorney (Aisne); malade depuis 21 jours, entrée le 8 juillet 1836, sortie le 19 juillet 1836.

Diagnostic. — CHLOROSE AVEC UN PEU DE LEUCORRHÉE INTERMITTENTE ET DISMÉNORRHÉE.

Bruit de diable musical dans la carotide et dans la crurale gauches.

Non mariée; d'une constitution forte; d'un tempérament sanguin-bilieux; brune; autrefois bien colorée, mais depuis quelque temps le visage a pris une teinte jaune, chlorotique, au lieu de sa teinte vermeille; sujette aux maux de tête; à Paris depuis treize mois.

Elle n'a jamais eu de maladie grave. Aussitôt après son arrivée à Paris, les règles se sont supprimées pendant six mois (sans cause appréciable); elles sont revenues au bout de ces six mois (la malade avait pris de l'absinthe en infusion pour les faire revenir). Les règles ont continué à couler tous les mois, mais pendant deux jours seulement, tandis que dans l'état de santé ordinaire elles duraient quatre jours.

Depuis sept mois, elle a eu deux saignées du bras.

Il y a vingt et un jours, étouffement sans battements de cœur, céphalalgie; diarrhée sans coliques (8 à 9 selles par jour); appétit diminué. Elle a continué à travailler comme à l'ordinaire; elle a pris moins de nourriture et n'a usé d'aucun médicament (ainsi qu'il a été dit, il a été pratiqué deux saignées).

Elle ne sait à quelle cause rapporter cette maladie si ce n'est à la diminution de l'écoulement menstruel.

8 *et* 9 *juillet.* — Teinte jaunâtre du visage; langue rosée, humide, avec léger enduit jaune-verdâtre au milieu; soif vive; peu d'appétit; salive non acide; haleine non fétide; ni nausées ni vomissements; un peu de dou-

leur dans la région épigastrique; rides et éraillures nombreuses dans la région sous-ombilicale, qui annoncent que l'abdomen a souffert une grande distension, telle que celle de la grossesse (la malade *jure cependant ses grands dieux qu'elle n'a pas eu d'enfant*); une selle solide ce matin; bruits du cœur normaux; pouls à 80, médiocrement fort et développé (un peu d'émotion au moment de l'examen); parfois un peu d'étouffement, et quelques palpitations; par intervalle, bruit de diable dans la carotide droite; ce bruit est très prononcé dans l'artère crurale gauche, et n'existe pas dans la droite; ni toux ni expectoration; pas de douleur dans la poitrine; résonnance bonne partout, ainsi que la respiration vésiculaire; peau modérément chaude et moite.

Les règles sont venues il y a vingt et un jours (elles ont duré deux jours); les règles sont ordinairement suivies pendant quinze jours de flueurs blanches peu abondantes.

Examiné au toucher, le col utérin n'est ni chaud, ni douloureux, ni gonflé; il n'est actuellement le siége d'aucun écoulement. (*Till.-oranger sir. gom.*; *pot. gom. extr. quinq.* 1 *once sous-carbon. de fer gr.* 18; *inf. quinquina et sir. coing*; *bain simple*; 2 *tass. bouill.*; 2 *potages.*)

10. — Un peu d'étouffement; bruit de diable très léger dans la carotide droite; gastralgie. (1/8 *d'alim; le reste id.*)

12. — Dans la journée, il survient un accès d'hystérie. (*Lav. assa-fœtida; saign.* 10 *onces*; *pot. avec sir. d'éther.*)

14. — Les règles sont venues à deux heures du matin. — *Un peu de bruit de diable musical dans la carotide droite et dans la gauche.*

15. — Les règles continuent; la malade se trouve bien. (1/4 *d'aliments.*)

16. — Les règles sont arrêtées de cette nuit.

19. — Sortie. — La malade se trouve bien.

OBSERVATION IV.

Salle des femmes, n. 8. — La nommée Golet, âgée de 40 ans, cuisinière, demeurant rue Fontaine-au-Roi, 42, née à Beauval (Somme); malade depuis 6 semaines, entrée le 20 avril 1836, sortie le 22 avril 1836.	*Diagnostic.* — CHLOROSE. *Sifflement musical dans la carotide gauche, et bruit de soufflet léger dans la région précordiale, isochrone à la systole.*

Veuve, mère de deux enfants, encore réglée (les règles ont eu lieu comme à l'ordinaire, il y a quinze jours); d'une constitution actuellement détériorée.

Il y a six semaines, brûlure au pied gauche dont elle a été traitée à l'hôpital Saint-Louis. C'est à dater de cette époque que cette femme fait remonter des douleurs qu'elle éprouve dans les membres et des battements de cœur.

Elle est de temps en temps sujette aux flueurs blanches, à des étourdissements, à des défaillances. Elle n'a pu rendre un compte bien satisfaisant de ses antécédents. Voici quel était son état au moment de l'entrée.

20 *et* 21 *avril.* — La malade accuse des douleurs dans les membres inférieurs, et surtout dans les genoux, les mollets, les articulations des pieds et des jambes (on ne remarque point de tuméfaction dans ces parties); elle se plaint également de douleur dans les bras, surtout dans les coudes et dans les poignets, sans aucune rougeur ni tumeur de ces parties; pouls petit, faible, à 60; peau chaude, un peu moite; teinte jaune pâle, anémique, de la face; langue rosée, humide, avec enduit jaunâtre en arrière; peu de soif, bouche pâteuse; ni nausées ni vomissements; ventre souple et indolent, excepté à l'épigastre où une forte pression détermine un peu de douleur; selles naturelles; peu de céphalalgie.

La matité de la région précordiale est un peu plus étendue que dans l'état normal; bruit de soufflet léger pendant la

systole, correspondant surtout aux cavités gauches; essoufflements et palpitations lorsque la malade marche un peu vite; sifflement musical dans la carotide gauche, sifflement qui, dans la position assise de la malade, imite assez bien le son de la guimbarde; point de bruit de diable, ni dans l'artère carotide droite, ni dans les crurales.

Point d'expectoration; sonoréité de la poitrine bonne, ainsi que le murmure respiratoire (16 inspirations par minute). (*Riz sir. coing et till. oranger; pot. gom. avec extrait quinquina 1/2 gros, sous-carb. de fer gr. 24; côtelette; 1/2 tasse de vin.*)

22. — La malade se plaint de ce qu'on ne lui donne pas assez à manger et demande sa sortie.

A la visite de ce jour, on n'entendait pas de sifflement musical dans la carotide gauche.

OBSERVATION V.

Salle des femmes, n. 14. — La nommée Dehas, âgée de 17 ans, brunisseuse en plaqué, demeurant rue Anmaire, 44, née à Metz (Moselle); malade depuis 1 an, entrée le 17 juillet 1836, sortie le 7 août 1836.

Diagnostic. — CHLOROSE AVEC UN PEU DE LEUCORRHÉE ET DYSMÉNORRHÉE. *Bruit de diable musical dans les deux carotides.*

D'une constitution assez bonne; un peu maigre; d'un tempérament lymphatico-sanguin; cheveux châtains; peau fine et blanche.

Depuis un an, elle a souvent mal à la tête et à l'estomac, avec envies de vomir, et des palpitations depuis six mois.

Il y a un an et demie, les règles ont paru pour la première fois et ont duré trois jours; au bout de cinq semaines, elles ont reparu et ont duré deux jours; cinq semaines après, les règles revinrent pour la troisième fois et durèrent trois jours; il y a un mois qu'elles sont venues pour la dernière fois, et la malade les attend d'un instant à l'autre; elles ont toujours coulé peu abondamment.

Des pédiluves sinapisés; 6 sangsues à l'anus; tisane de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger, tels sont les moyens employés depuis un an.

17 *juillet.* — Teint d'un jaune pâle, chlorotique; bruit de diable dans les deux carotides, devenant musical à une légère pression; point de bruit de diable dans les crurales; palpitations sans bruit de soufflet dans la région du cœur; pouls à 56-60, régulier, assez développé; essoufflement en marchant vite et en montant un escalier; point de céphalalgie; langue rosée, humide; soif vive; bon appétit, *excepté quand elle a ses maux d'estomac*; ni nausées ni vomissements; douleur dans la région iliaque gauche augmentant par la pression; selles naturelles; flueurs blanches, peu abondantes, avant et après les règles; rien de particulier pour la respiration; bon sommeil la nuit. (*Eau ferrée; till. orang. sir. gom.; pot. gom. sous-carbon. de fer gr.* 24, *extrait de quinquina* 1/2 *gros; bain;* 1/4 *d'aliments.*)

19 *et* 20. — Bruit de diable dans les deux carotides (il n'existe point dans les crurales).

Du 20 *au* 30. — Persistance du bruit de diable et d'un sifflement musical profond dans les carotides (le sifflement existe surtout dans la carotide droite, et lorsque la malade se tient sur son séant).

1er *août.* — Le bruit de diable diminue.

7. — Sortie. — Il reste un bruit de diable dans les deux carotides, mais plus fort et presque musical à droite. La malade a repris des couleurs.

OBSERVATION VI.

Salle des femmes, n. 4. — La nommée Laneuville, âgée de 28 ans, cuisinière, demeurant rue Saint-Germain l'Auxerrois, 68, née à Chambry (Aisne) : malade depuis 5 semaines, entrée le 14 avril 1836, sortie le 24 avril 1836.

Diagnostic. — CHLOROSE LÉGÈRE, AVEC LEUCORRHÉE ET IRRÉGULARITÉS DANS LA MENSTRUATION.

Bruit de diable dans les artères crurales (il n'en existe pas de bien marqué dans les carotides).

D'une bonne constitution ; d'un tempérament lymphatico-sanguin ; cheveux et yeux noirs; peau fine ; ordinairement bien portante (cependant, dans son jeune âge, elle paraît avoir présenté quelques symptômes de scrofules); les règles ont paru à dix-huit ans et se sont établies assez laborieusement ; à Paris depuis six ans.

Il y a cinq ans, accouchement à temps et facile, à la Maternité ; sortie au bout de neuf jours bien portante.

Il y a deux ans et quatre mois, deuxième accouchement chez elle; elle a commencé à se lever le troisième jour après l'accouchement, et le neuvième jour elle est sortie ; l'écoulement lochial dura quinze jours. Un mois après l'accouchement, douleur vive dans le flanc gauche, gênant la marche et la station ; à peu près à cette époque, les règles ont reparu, ont duré cinq à six jours et ont toujours été régulières depuis, mais moins fortes qu'avant l'accouchement.

Le mois suivant, douleur plus vive que la première vers la partie médiane et inférieure de la région sacrée; ces douleurs ont été accompagnées, dès le commencement, de céphalalgie, de frisson dans le dos, dans les bras, d'envie de vomir ; aucun traitement actif n'a été fait.

Il y a trois mois, sans cause connue, ophthalmie double qui diminua graduellement, et pour laquelle on lui a mis un vésicatoire au bras, vésicatoire qu'elle porte encore.

Il y a cinq semaines, douleur et gonflement autour de la malléole interne de la jambe droite (la veille elle avait

éprouvé du froid aux pieds depuis neuf heures du soir jusqu'à onze); un cataplasme et des bains de pieds très chauds, dont l'un avec du sel (une poignée), furent les seuls moyens employés.

Il y a huit jours, douleur vive, surtout pendant la marche, autour de la malléole interne de la jambe gauche. Elle ne sait à quoi attribuer cette nouvelle douleur, qui a persisté jusqu'à ce jour, et pour laquelle elle n'avait rien fait.

14 *et* 15 *avril.* — Douleur et léger gonflement au-dessous des malléoles internes, augmentant un peu par la marche; aucune douleur ailleurs; pouls à 64, souple, médiocrement développé; chaleur modérée de la peau, qui est pâle; battements et bruits du cœur normaux; il existe un bruit de diable dans les artères crurales et on n'en trouve pas de traces dans les carotides (les bruits de celles-ci sont clairs); respiration facile, libre, à 20; pommettes rouges et injectées (il reste encore un peu de rougeur aux yeux depuis l'ophthalmie); langue rosée, humide; peu de soif; peu d'appétit; ni nausées ni vomissements; ventre souple, indolent (on n'y trouve aucune tumeur); une seule selle dans la journée (la malade n'avait pas été à la garde-robe depuis trois jours); les règles ont paru il y a huit jours; elles ont duré deux jours seulement; il existe des flueurs blanches entre les époques menstruelles. (*Tilleul-oranger; sir. gom.; lim. citr.; pot. gom. sous-carbonate fer* 1 *scrupule, et extr. quinq.* 24 *gr.*; 1/8 *côtelette*, 1/2 *tasse de vin.*)

17. — Aujourd'hui, point de bruit de diable dans les artres crurales, ni dans les carotides; hier, la malade a vomi ce qu'elle a mangé. (1/8 *œuf.*)

18. — Il n'existe plus qu'un peu de gonflement au pied droit.

Du 18 *au* 25. — Point de souffle continu dans les carotides, mais léger souffle intermittent; le *bruit de diable* des crurales n'a pas reparu; mais en comprimant un peu for-

tement la crurale gauche, on produit un *bruit de piaulement* très distinct.

24. — Sortie soulagée.

OBSERVATION VII.

Salle des femmes, n. 1. — La nommée Lemeunier, âgée de 34 ans, culottière, demeurant rue Etienne, 4, née à Tours (Indre-et-Loire); malade depuis 3 ans, entrée le 6 juillet 1836, sortie le 14 juillet 1836.

Diagnostic. — CHLOROSE AVEC LEUCORRHÉE.

Bruit de diable un peu sibilant dans la carotide droite.

Mariée; d'une constitution un peu délicate et nerveuse; bien réglée, mais sujette à quelques flueurs blanches, surtout depuis 1832; sujette à des étouffements depuis la même époque.

Depuis trois ans, palpitations et essoufflement lorsque la malade se livre à quelque exercice un peu fatigant, en montant, etc.

Elle a été saignée et purgée avec de l'huile de ricin, quelques jours avant son entrée; elle n'a jamais eu d'affection vénérienne.

6 *et* 7 *juillet.* — Palpitations, essoufflement en montant un escalier, en marchant vite; ni toux ni expectoration; pas de douleur dans la poitrine; résonnance et respiration vésiculaire bonnes partout; bruits du cœur un peu secs et âpres, surtout le second; pouls à 100, assez fort et résistant; *bruit de diable dans la carotide gauche seulement*; point de céphalalgie, ni d'étourdissements; langue rosée, humide; bouche pâteuse; peu de soif; bon appétit; digestions mauvaises; ni nausées, ni vomissements; ventre souple, indolent; selles naturelles; peau chaude et sèche.

Les règles ont paru il y a quinze jours. (*Solut. sir. gom.*; *lavem. émoll.*; 1/4 *d'aliments.*)

8. — Hier, vomissement de la tisane; agitation cette

nuit; pouls à 96; bruit de diable, avec sifflement léger dans la carotide droite (il n'existe pas dans la gauche aujourd'hui). (*Décoct. quinq. sir. coing; pot. sous-carbon. fer. 1 scrupule, et extr. quinq.* 1/2 *gros*; 1/4 *d'aliments.*)

10. — Un peu mieux; le bruit de diable de la carotide droite est moins fort.

14. — La malade se trouve assez bien pour quitter l'hôpital.

OBSERVATION VIII.

Salle des femmes, n. 14. — La nommée Laurent, domestique, demeurant rue de l'Université, 88, née à Lany-Zelombe (Yonne); malade depuis 4 mois, entrée le 17 mai 1836, sortie le 24 mai 1836.

Diagnostic. — ÉTAT SEMI-CHLOROTIQUE; UN PEU DE FLUEURS BLANCHES.
Bruit de diable commençant, intermittent, dans les carotides.

Grande; d'une assez forte constitution; d'un tempérament bilioso-sanguin; bien portante habituellement, à part quelques flueurs blanches; à Paris depuis sept ans.

Il y a un an, la malade est devenue enceinte; au bout de deux mois, sans qu'elle en fût avertie, dans un but coupable (c'est-à-dire pour provoquer l'avortement), on lui fit prendre des *gouttes* dont elle ignore la composition; avant cela, et dans le même but, on lui avait pratiqué une saignée du pied très forte; elle n'a pas été gravement incommodée par ces pratiques; mais elle a conservé des douleurs d'estomac, et au bout de sept mois, elle est accouchée à la Maison de Santé; l'accouchement fut facile; elle est restée un mois à la maison de santé; les suites de couches ont été naturelles.

Huit jours après sa sortie, perte abondante pour laquelle elle fut traitée par M. Phil. Boyer.

Au bout de huit jours, l'hémorrhagie utérine avait complétement cessé.

Quinze jours avant son entrée, à la suite de *remontrances maternelles un peu sévères,* cette jeune fille prépara une décoction concentrée de têtes de pavots, et l'avala pour s'empoisonner. Une heure après, douleur à l'estomac, somnolence suivie d'assoupissement.

Au bout d'une heure et demie de cet assoupissement, un médecin fut appelé, et fit donner 6 gr. d'émétique (un grain de quart d'heure en quart d'heure). Après six vomissements, la malade se réveilla et les accidents disparurent. — Depuis elle a conservé des coliques.

Les douleurs ayant augmenté depuis quelques jours, la malade s'est décidée à entrer à la Charité.

17 *et* 18. — *Douleur comme pour un mal d'enfant* dans les aines et dans les cuisses; *visage d'un jaune pâle*; pouls à 68-72; langue rosée, humide; *bruit de diable commençant et intermittent dans les carotides* (1).

Pendant huit jours que la malade passa dans notre service, nous n'observâmes rien autre chose qu'une légère anémie à la suite de la métrorrhagie qu'elle avait essuyée. On lui donna des boissons acidulées; on lui fit prendre quelques bains, et à sa sortie elle était d'une bonne santé.

OBSERVATION IX.

Salle des femmes, n. 1. — La nommée Rossignol, âgée de 19 ans, couturière, demeurant rue de la Harpe, 65, née à Château-Thierry (Aisne); malade depuis 4 mois, entrée le 24 juin 1836, sortie le 4 juillet 1836.

Diagnostic. — ÉTAT SEMI-CHLOROTIQUE; LEUCORRHÉE PRÉCÉDANT L'AMÉNORRHÉE.

Bruit de bourdonnement ou de guimbarde dans les carotides.

D'une constitution de force moyenne; petite taille; tempérament bilioso-nerveux; cheveux d'un châtain foncé;

(1) *Examen au toucher et au spéculum:* Col dur, inégal, comme dans le cas d'accouchement récent, indolent; corps de l'organe assez développé et un peu douloureux. (L'exploration a été faite par M. Montault.

peau brune; toujours bien portante, excepté depuis son arrivée à Paris, où elle réside depuis quatre mois.

Réglée à seize ans, elle l'a bien été pendant deux ans; l'année suivante, elle le fut moins abondamment, mais régulièrement. Les règles ont manqué depuis son arrivée à Paris (elles ont reparu toutefois, il y a huit jours, et ont duré 5 jours comme à l'ordinaire).

Pendant les quatre mois que les règles ont manqué, il est survenu une leucorrhée continue, accompagnée de douleurs dans le bas-ventre, dans les reins, à l'épigastre, dans les aines, et de difficulté et de douleur à uriner.

Aucun traitement n'a été fait pour cette affection.

Au commencement du mois de mai dernier, diarrhée, coliques, fièvre, céphalalgie. Elle entra à l'hôpital Cochin; 40 sangsues furent appliquées en deux fois au ventre et aux cuisses. (*Orangeade; lavements laudanisés; bains.*) Elle sortit soulagée au bout de quinze jours. Le dévoiement avait complétement cessé, mais il restait de la cuisson en urinant, de la douleur au ventre et un *écoulement en blanc.*

Après avoir donné les détails qui précèdent, la malade avoue qu'elle attribue sa maladie aux rapports qu'elle a eus un mois après son arrivée à Paris, avec un jeune homme affecté de blennorrhagie.

Il y a huit jours, à la suite de fatigues, elle éprouva de la courbature et un violent mal de tête (on lui fit une saignée, et elle but de la limonade citrique).

24 *et* 25 *juin.* — Céphalalgie frontale, teint d'une pâleur jaunâtre; langue rosée, humide, peu d'appétit; soif; nausées sans vomissement; ventre indolent; le foie et la rate ne débordent pas; selles naturelles tous les jours; urine jaune, rendue facilement; douleur dans les reins; pas de flueurs blanches pour le moment; en marchant, la malade éprouve le sentiment d'un poids sur le fondement; au toucher, le col de l'utérus est chaud, mou, peu saillant; ni toux ni expectoration; respiration libre; point de râle; peau

de chaleur normale; pouls à 80, assez ferme, peu développé; bruits du cœur normaux; dans les carotides, bruit de guimbarde et de bourdonnement léger, faible, qui n'efface pas le bruit ordinaire de ces artères. (*Solut. sir. gom.*; *solut. sir. limon.*; *bain*; *bouill.*)

26, 27 *et* 28. — Le bruit de bourdonnement alterne avec le bruit de diable dans les artères indiquées; l'écoulement leucorrhéique est revenu; il est blanchâtre, épais; examiné au spéculum, le col de l'utérus n'offre rien d'anormal. (*Bain de fauteuil; inject. de décoct. de quinquina et de racine de guim.*; 1/8 *d'alim.*)

Les jours suivants, on augmente les aliments; on prescrit quelques bains simples, et la malade sort le 4 juillet.

OBSERVATION X.

Salle des femmes, n. 3. — La nommée Danguenger, âgée de 27 ans, brodeuse, demeurant rue de la Tacherie, 8. née à Jusier (Seine-et-Oise); malade depuis une époque indéterminée, entrée le 10 mai 1836, sortie le 6 juin 1836.

Diagnostic. — ANÉMIE A LA SUITE DE COUCHES ET D'UN DÉVOIEMENT PROLONGÉ: QUELQUES FLUEURS BLANCHES.

Beau bruit de diable dans les carotides, dans la gauche surtout.

D'une constitution faible, lymphatique; cheveux châtains; toujours bien réglée; mère de quatre enfants (elle en a nourri un seul); le dernier accouchement a eu lieu le 15 avril dernier; et depuis trois mois déjà, elle avait un dévoiement qui l'avait beaucoup affaiblie.

Elle est sortie de l'Hôtel-Dieu il y a douze jours. Avant l'accouchement dernier, et dans l'intervalle de ses autres couches, elle avait de temps en temps des flueurs blanches; son dernier enfant est mort quatorze jours après l'accouchement.

11 *mai.* — Pâleur anémique de la peau; teint fané, terreux; lèvres blêmes; œdème de la moitié inférieure des jambes; la température du corps est à peu près nor-

male; pouls à 108, petit, mou, un peu fluctuant; les deux bruits du cœur sont clairs, plus forts qu'à l'état normal, sans souffle; palpitations en montant; beau bruit de diable dans les carotides (dans la gauche surtout); souffle seulement par la pression la plus légère dans les artères crurales; étourdissement et tournoiement de tête lorsque la malade est debout; langue pâle, assez humide; le dévoiement a persisté jusqu'à ces derniers jours, mais en diminuant; nulle douleur dans le ventre. (*Solut. sir. gom.; riz sir. coing; pot. gom. laud.* 15 *goutt.*; 1/2 *lav. émoll.*; 2 *tass. bouill.;* 1 *potage gras; pomme cuite.*)

19. — Même état général; pas de dévoiement. (*Pot. gom. sous-carbonate de fer gr.* 18, *et extr. quinquina* 1/2 *gros.*)

20 *et* 21. — Petit abcès dans le sein gauche, au mamelon.

26. — Diarrhée et vomissements glaireux. (*Riz sir. coing; pot. diacode;* 1/2 *lav. amidon;* 1/8 *d'alim. maigres.*)

27 *et* 28. — Toujours bruit de diable très beau dans la carotide gauche; le premier bruit du cœur est un peu enroué; cessation du dévoiement; pouls à 84, très petit; chaleur modérée de la peau (température abdominale à 33°). (*On reprend l'usage de la potion avec le sous-carbonate de fer et l'extrait de quinquina.*)

6 *juin.* — Sortie. — La couleur rosée de la face contraste avec la pâleur qui existait à l'entrée; appétit revenu; point de diarrhée.

Persistance du bruit de diable dans la carotide gauche; ce bruit disparait tout-à-coup lorsque la malade fait un effort, et revient aussitôt que l'effort cesse; il n'existe pas dans la carotide droite.

OBSERVATION XI.

Salle des femmes, n. 7. —La nommee Anglade, âgée de 45 ans, journaliere, demeurant rue Saint Jean-de-Beauvais, 25, née à Bresle (Haute-Loire); malade depuis 2 mois, entrée le 25 avril 1836, sortie le 5 mai 1836.

Diagnostic. — ÉTAT LÉGÈREMENT ANÉMIQUE ET NERVEUX, *avec forts battements dans la région de l'aorte abdominale.*

Pas de bruit de diable dans les carotides.

D'une constitution de force moyenne; un peu maigre; teint pâle; peau un peu foncée; mariée; mère de cinq enfants (plus une fausse-couche); mauvaise santé habituelle.

Depuis trois mois les règles ont cessé de paraître. Elles avaient été irrégulières pendant leur durée.

Cette femme se disait malade depuis deux mois, mais avant cette époque, elle avait des maux de tête, des douleurs vagues dans d'autres parties du corps, et en marchant elle sentait des battements forts dans la région épigastrique.

Par intervalles, elle éprouvait aussi quelques vomissements.

Elle a été saignée quatre jours avant son entrée.

Elle ne sait à quoi attribuer sa maladie. Elle dit avoir eu des chagrins domestiques.

25 *et* 26 *avril.* — Céphalalgie sus-orbitaire; teinte d'un jaune pale ou terreux du visage; amaigrissement général; langue rosée, humide; pas de soif; inappétence; bouche amère; nausées; douleur épigastrique à la pression; battements sensibles à la main dans cette région, surtout en tirant vers l'hypochondre gauche, où l'on sent une tumeur assez circonscrite (les battements appartiennent à l'aorte, et ne sont pas accompagnés de souffle, si ce n'est à la pression); ventre libre; respiration libre et naturelle; peau de chaleur normale; pouls petit, faible, à 100; bruits du cœur un peu forts; pas de bruit de diable dans les carotides. (*Till. oranger sir. gom.*; *catapl.*; *lavem. émoll.*; *diète.*)

Les jours suivants, il ne survient aucun symptôme nouveau. On augmente la dose des aliments, et le 3 mai la malade sort.

§ II.

Faits relatifs au sexe masculin. — Ils sont au nombre de 5.

OBSERVATION XII.

Salle des hommes, n. 16. — Le nommé Ruzel, âgé de 21 ans, tailleur d'habits, demeurant rue de la Bourse, 12, né à Montesquieu-Valverte (Haute-Garonne); malade depuis 4 mois, entré le 2 août 1836, sorti le soir même du jour de l'entrée.

Diagnostic. — ÉTAT CHLORO-ANÉMIQUE.

Bruit de diable sibilant, ou sifflement de vent dans la carotide droi .

D'un tempérament nerveux; teint pâle; à Paris depuis deux ans.

Il y a neuf ans, le malade a, pour la première fois, éprouvé des battements de cœur qui se sont renouvelés depuis à différentes reprises.

Le malade n'a jamais eu de rhumatisme ni de fluxion de poitrine. Il n'a jamais eu les pieds enflés.

2 *août soir.* — Ce jeune homme est pâle, maigre, un peu anémique; il éprouve des palpitations, de l'essoufflement à la moindre émotion morale, en marchant vite, en montant un escalier; point de voussure dans la région précordiale, dont la matité est un peu plus étendue qu'à l'état normal (3 à 4 pouces carrés environ); impulsion du cœur assez forte, et tintement auriculo-métallique; bruits valvulaires clairs et secs; point de douleur dans la région précordiale; pouls à 76-80, médiocrement fort et développé; peau de chaleur modérée et sèche; point de toux ni d'expectoration, ni de douleur dans la poitrine; résonnance et

respiration vésiculaire bonnes partout; *bruit de diable se rapprochant un peu du sifflement du vent qui traverse une fente, dans la carotide droite seulement;* langue rosée, humide; bon appétit; ni nausées ni vomissements; parfois mal à la tête, étourdissements et tendance aux défaillances.

A peine eut-on déclaré au malade que son état n'offrait rien de sérieux, qu'il demanda sa sortie (1).

OBSERVATION XIII.

Salle des hommes, n. 24. — M. Morel, âgé de 23 ans, étudiant en droit, demeurant rue Saint-Germain-des-Prés, 5, né à Bordeaux (Gironde); malade depuis 8 mois, entré le 26 juin 1836, sorti le 4 juillet 1836.

Diagnostic. — ÉTAT CHLORO-ANÉMIQUE ET PALPITATIONS DITES NERVEUSES.

Commencement de bruit de diable dans la carotide droite.

D'une constitution nerveuse, delicate; stature petite; peau fine, mince; brun; à Paris depuis huit mois; jusqu'à cette époque, assez bonne santé habituelle. Quatre mois auparavant, douleurs vagues dans le coude droit, la cuisse gauche et le cou, qui cédèrent à l'usage des bains.

Depuis son arrivée à Paris, maux d'estomac, vomissement des aliments; palpitations et douleur légère dans le côté gauche.

Il est entré à l'hôpital pour la difficulté de la digestion et *ses maux d'estomac.*

Depuis dix jours, il n'a rien pris, si ce n'est des bouillons qui ont été vomis.

26 *et* 27 *juin.* — Pâleur générale; chaleur assez forte et sécheresse de la peau; pouls à 76-80, mou, médiocrement développé; langue rosée à sa circonférence, un peu blanche et sèche au milieu; soif; inappétence; bouche amère; salive non acide; haleine fade; ventre souple, sans

(1) Je n'ai point vu le malade et je n'ai rédigé cette observation que sur les notes recueillies par M. Montault, à sa visite du soir.

gargouillement; douleur à l'estomac pendant la toux et à la pression; pas de vomissement depuis deux jours; constipation; respiration bonne; palpitations au moindre effort, dans la marche, en montant; premier bruit du cœur un peu enroué; *commencement de bruit de diable* dans la carotide droite; *saignement du nez dans la journée du 27. (Solut. sir. gom.; catapl. épigastre; bain simple; bouill.; crème de riz.)*

28. — Rien de nouveau. (*Bain*; 1/8 *d'alim. maig.*)

Les jours suivants la digestion se fait assez bien, et le 4 juillet, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIV.

Salle des hommes, n. 10. — Le nommé Marcy, âgé de 21 ans, couverturier, rue du Mûrier, 15, né à Paris; malade depuis 8 ans, entré le 1er août 1836, sorti le 4 août 1836.

Diagnostic. — ÉTAT SEMI-CHLOROTIQUE; PALPITATIONS.

Bruit de diable intermittent dans la carotide droite.

D'une constitution délicate, nerveuse; blond; peau mince et fine.

A l'âge de treize ans, palpitations sans cause que le malade puisse indiquer (elles ont continué depuis en augmentant par intervalles). Il n'a jamais eu ni rhumatisme ni aucune autre maladie un peu grave. Il a été atteint d'une blennorrhagie, il y a trois ans.

1er *et* 2 *août.* — Pâleur anémique générale; maigreur; essoufflement; battements précipités du cœur en marchant vite ou en montant un escalier; pouls à 84-88, assez fort; point de toux; résonnance et respiration bonnes partout; peau modérément chaude et sèche; pourtour de la bouche jaunâtre; haleine un peu fétide; langue humide, rosée à la pointe et aux bords, blanchâtre ailleurs; point de nausées ni de vomissements; peu d'appétit; soif; selle naturelle aujourd'hui; le sommeil est quelquefois interrompu par les

battements de cœur; l'étendue de la matité de la région précordiale est de 2 pouces 2 lignes en carré; le claquement valvulaire est fort, assez éclatant, mais accompagné d'un peu de raucité ou d'âpreté pendant la systole (cette âpreté se transforme en un léger souffle dans la précipitation des mouvements du cœur); bruit de diable intermittent dans l'artère carotide droite. (*Till. orang. sir. de gom.*; *pot. gom.*; *lav. émoll.*; 2 *tass. bouill.* 1 *potage.*)

3. — Même état. (*Eau de Spa*; *pot. gom. avec sous-carb. de fer* 1 *scrupule*, *extrait de quinquina gr.* 24; *côtelette.*)

4. — Le malade, se trouvant bien, demande et obtient sa sortie.

OBSERVATION XV.

Salle des hommes, n. 1. — Le nommé Cochard, âgé de 40 ans, manœuvre, demeurant rue des Marmouzets, 8, né à Montigny (Haute-Saône); malade depuis 2 à 3 ans, entré le 12 août 1836, sorti le 27 août 1836.

ANÉMIE *à la suite d'une fièvre intermittente prolongée et d'une entéro-colite.*

Beau bruit de diable dans les carotides et les sous-clavières, imitant le sifflement du vent à travers une serrure.

D'une constitution de force moyenne; maintenant maigre, pâle, cachectique; à Paris depuis quinze mois, pour s'y faire traiter d'une maladie qui datait d'environ un an au moins.

Le malade a commencé par éprouver, pendant une quinzaine de jours, une fièvre quotidienne qui est devenue ensuite tierce et quarte, et a cessé spontanément au bout de huit mois, laissant à sa suite une jaunisse. Il a eu une diarrhée qui a duré presque aussi long-temps que la fièvre; il dit avoir vomi sept à huit fois du sang; il n'a fait aucun traitement.

A son arrivée à Paris, il est entré à l'Hôtel-Dieu (service de M. Petit), où il est resté cinq mois; il était alors jaune et enflé; des sangsues lui furent appliquées sur l'abdomen

à deux ou trois reprises. En sortant de l'Hôtel-Dieu, son dévoiement avait diminué, et le gonflement du ventre avait disparu.

Plus tard, il est entré à la Pitié; il y est resté trente-cinq jours sans y avoir subi aucun traitement *actif*, et il n'en est sorti que depuis sept à huit jours.

Jamais d'épistaxis, d'hémorroïdes, de rhumatisme, de fluxion de poitrine.

12 *et* 13 *août*.— Palpitations, essoufflement en marchant vite et en montant un escalier; teinte générale de la peau d'un jaune pâle ou couleur de cire; point d'enflure aux membres inférieurs (il en existait encore il y a quinze jours, et l'enflure avait commencé par les malléoles); peau de chaleur modérée, sans sueur (la température de l'abdomen est de 34-35°); rien d'anormal pour la respiration; point de mal à la tête; quelquefois, étourdissements et bourdonnements d'oreille; peu de sommeil; rêves pénibles; langue pâle, humide; soif assez vive; appétit passable; bouche pâteuse; ni nausées ni vomissements; ventre souple et indolent, excepté dans la région iliaque gauche, où il existe une douleur qui augmente par la pression; dévoiement (4 à 5 selles de matière blanchâtre, glaireuse, dans la journée, rendue avec coliques et ténesme); la rate et le foie ne font aucune saillie anormale.

La matité de la région du cœur est de 3 pouces verticalement, et de 3 pouces 3 lignes transversalement; léger souffle pendant la systole, au niveau et un peu en dedans du mamelon, diminuant à mesure qu'on s'éloigne de ce point, et cessant d'être bien distinct dans la région des cavités droites; veines superficielles affaissées, presque vides de sang. *On entend un très beau bruit de diable dans les carotides et sous-clavières droites et gauches* (il n'en existe pas dans les crurales); pouls à 64, un peu tendu, cependant mou et fluctuant, facile à déprimer; état de faiblesse générale. (*Riz sir. de coing; décoct. blanche de Sydenham;*

2 pil. extr. gomm. d'opium gr. 1/2; *lav. émoll.*; 1/8 *d'alim.*)

14, 15 *et* 16. — Il existe toujours un peu de dévoiement, et le bruit de diable des artères carotides est sifflant ou musical.

27. — Sortie. — Il n'existe plus de dévoiement; le teint est moins terne, le pouls moins fluctuant; il existe encore dans les deux carotides un bruit de diable qui, dans la droite, imite le vent qui siffle à travers une serrure (point de bruit de soufflet dans le cœur, quoique le premier bruit soit un peu prolongé ou filé).

Dans les derniers jours, on avait augmenté la dose des aliments.

OBSERVATION XVI.

Salle des hommes, n. 19. — Le nommé Gonne, âgé de 25 ans, cordonnier, demeurant rue Montorgueil, 12, né à Rochechouard (Haute-Vienne); malade depuis 2 mois, entré le 11 août 1836, sorti le 27 août 1836.

Diagnostic. — ÉTAT SEMI-ANÉMIQUE ET NERVEUX, *avec palpitations.*

Pas de bruit de diable dans les carotides.

D'un tempérament lymphatico-nerveux; peau d'une pâleur tirant un peu sur le jaune; teint fané.

Il y a deux mois, le malade est entré à la Charité (salle Saint-Charles) pour une maladie qui fut désignée, dit-il, sous le nom de *bronchite et d'engorgement du poumon gauche*; il sortit au bout de cinq semaines incomplétement guéri à ce qu'il assure (*il a été saigné et il a pris aussi du sulfate de quinine* pour des frissons qui sont survenus pendant le cours de son séjour à l'hôpital).

Depuis, il a ressenti des palpitations en montant un escalier.

Les frissons étant revenus après sa sortie de l'hôpital, il a repris de nouveau du sulfate de quinine; les frissons n'en ont pas moins continué, à ce qu'il dit.

11 *août soir.* — Point de saillie de la région précordiale;

la pointe du cœur se fait sentir à peu près dans son endroit accoutumé, c'est-à-dire à un demi-pouce environ au-dessous du sein; l'étendue de la matité de la région précordiale est de à 2 pouces 3 lig. transversalement et verticalement ; battements du cœur réguliers; bruits un peu clairs et faibles; pouls à 84-88, médiocrement fort; point de bruit de diable dans les carotides; chaleur modérée de la peau, sans sueur (le malade dit avoir tous les jours, sur les midi, un redoublement fébrile, sans frissons ni sueur bien caractérisés); point de mal à la tête; le malade dit avoir quelquefois des bourdonnements d'oreilles; pas d'étourdissements; point de douleurs dans les membres (le malade est venu à pied à l'hôpital, et facilement); bon sommeil la nuit; pourtour de la bouche légèrement jaunâtre; langue rouge, humide; peu de soif; peu d'appétit; bouche non mauvaise; salive non acide; ni nausées, ni vomissements; ventre souple, indolent; selles naturelles; le foie et la rate ne débordent pas; point de douleurs dans la poitrine; un peu d'expectoration séro-muqueuse; la résonnance du thorax et la respiration vésiculaire sont bonnes en avant des deux côtés et dans le côté gauche en arrière; à droite en arrière, dans les 4/5 inférieurs, résonnance et respiration faibles, sans râle, ni bronchophonie, ni égophonie, ni souffle bronchique.

12. A peu près même état qu'hier; pouls à 72, régulier, médiocrement développé; chaleur de la peau normale (température abdominale à 34°); respiration un peu sèche et un peu foible. (*Lichen lait*; *pot. sir. diac.* 1 *once*; *empl. stibié en arrière de la poitrine*; 1/8 *d'aliments.*)

Les jours suivants, le malade n'offrant autre chose qu'un état sub-anémique, on lui prescrit de l'*eau ferrée et une potion gommeuse, avec* 24 *grains de sous-carbonate de fer et* 1 *gros d'extrait de quinquina.*

27. — Sortie. — Le malade est soulagé; ses couleurs sont un peu revenues et ses palpitations calmées.

SECONDE SECTION.

Résumé des 16 observations.

ARTICLE PREMIER.

Résumé de nos observations considérées sous le point de vue des altérations anatomiques.

Aucun de nos 16 malades n'ayant succombé, nous n'avons pu faire de recherches ni sur les altérations du sang que contiennent le cœur et les vaisseaux, après la mort, ni sur celles des différents organes dont les fonctions avaient été plus ou moins lésées pendant la vie (1).

Comme, d'un autre côté, nous n'avons fait saigner aucun de nos malades, nous n'avons pu étudier l'état du sang retiré pendant la vie (2).

(1) J'ai signalé ailleurs (*Traité clinique des mal. du cœur, Prolégom.*, pag. 236-37) l'état du sang que nous rencontrâmes dans le système sanguin chez une femme anémique, qui succomba par suite des hémorrhagies auxquelles donna lieu la présence d'un polype utérin ; l'autopsie cadavérique contient en même temps la description de l'état des divers organes. Nous recueillîmes le sang fourni par la derniere métrorrhagie qui foudroya pour ainsi dire la malade, et nous observâmes qu'il ne s'en précipita que des caillots peu abondants, mous et peu colorés.

(2) J'ai fait saigner plus ou moins copieusement et coup sur coup quelques sujets chlorotiques et anémiques, chez lesquels il s'était déclaré une phlegmasie aiguë, telle qu'une pleuro-pneumonie, un rhumatisme articulaire, etc., et nous avons noté que, dans ces cas, le caillot était proportionnellement moins abondant, moins fortement coloré que chez les sujets bien portants. Malheureusement, nous n'avons pu faire aucune recherche chimique sur le sang de ces chlorotiques ou anémiques.

Je trouve dans une thèse récemment présentée à la Faculté de médecine (1837), la note suivante, relative à notre sujet :

D'après les analyses de M. Fœdisch (*Journaux allemands*) sur le sang

ARTICLE II.

Résumé succinct de nos observations, considérées sous le point de vue du diagnostic : de la valeur du bruit de diable, en tant qu'élément de ce diagnostic.

Le diagnostic exact des états chlorotique et anémique est incontestablement un des points les plus importants de la pratique médicale, et je puis affirmer qu'il n'est guère de jour, ou du moins de semaine, où je n'aie occasion, depuis trois ou quatre ans, de constater des erreurs qui se commettent à cet égard. Les uns considèrent comme purement nerveux les divers phénomènes que présentent les sujets chlorotiques ou anémiques ; les autres rapportent à une foule de lésions organiques ou de phlegmasies chroniques les phénomènes dont il s'agit, et de là tant de *maladies organiques* du cœur, par exemple, qui n'ont d'autre existence que celles qu'elles doivent à une grave erreur de diagnostic (1). Un bon nombre des malades dont nous avons rap-

des chlorotiques, il paraît résulter que sur cent parties le sang contenait :

	Cruor.	*Sérum.*	*Fibrine.*	*Fer.*	*Eau.*
Sur deux jeunes hommes sains	15,000	9,320	3,111	1,001	71,568
	13,611	8,801	2,460	0,880	74,248
Sur deux femmes saines	12,400	8,601	2,511	0,801	75,687
	14,400	8 920	2,501	0,901	73,273
Sur deux chlorotiques	9,141	9,361	0,640	0,330	82,628
	8,590	9,221	0,631	0.501	83,075

Je consigne ici ces résultats sans m'en constituer le garant. Il n'est pas dit si le sang analysé fut retiré pendant la vie, ou s'il fut recueilli sur le cadavre : mais il est à peu près certain qu'il s'agit du sang tiré pendant la vie. (Nous verrons plus loin que la saignée est contre-indiquée dans la chlorose pure et simple.)

(1) Par une sorte de compensation malheureuse, que de véritables lésions *organiques* du cœur et d'autres organes, sont considérées comme de simples *maladies nerveuses !* Quelle complaisante expression, en effet, que celle-ci : *C'est nerveux* !

porté ci-avant les observations et de tant d'autres que nous avions reçus à une époque antérieure ou que nous avons reçus depuis, avaient été traités pour des maladies organiques, ou pour des affections inflammatoires, et saignés, en conséquence, un plus ou moins grand nombre de fois.

Quiconque s'est long-temps exercé à l'emploi des méthodes d'exploration usitées en médecine *exacte*, quiconque possède un esprit positif et ne porte un diagnostic qu'après avoir examiné et interrogé attentivement ses malades, ne saurait tomber dans les erreurs si communes que nous venons de signaler.

Dans 14 des 16 cas que nous résumons, nous avons constaté l'existence de quelqu'une des espèces du bruit de souffle continu des artères (des carotides et des sous-clavières spécialement) que j'ai désigné sous le nom générique de *bruit de diable*. Et quant aux deux cas où ce remarquable phénomène n'a pas été rencontré, l'état anémique était mal caractérisé (l'état des sujets était plutôt nerveux que foncièrement anémique, ou du moins il n'était réellement pas chlorotique).

Ces faits, réunis à une foule vraiment immense d'autres semblables, me permettent de regarder comme une des lois les plus positives de la médecine, ce que j'ai déjà avancé dans le *Traité clinique des maladies du cœur*, savoir que dans la chlorose ou l'anémie pure et simple bien caractérisée, on rencontre un bruit de souffle continu, musical ou non, dans les artères (spécialement dans les carotides et les sous-clavières), imitant ordinairement le *bruit de diable*, le sifflement du vent à travers une serrure ou une fente étroite, le bourdonnement de certains insectes, et constituant aussi quelquefois un air grossier, toujours le même, qui ne roule en général que sur deux tons.

Je crois devoir insister sur ce phénomène, parce qu'il n'est pas seulement curieux, mais aussi parce qu'il fournit une donnée séméiologique d'une grande valeur et trop généra-

lement négligée encore aujourd'hui. Telle est la portée de ce phénomène, que par cela même qu'il existe à un haut degré, il est certain qu'il existe aussi un état chlorotique ou anémique; réciproquement, toutes les fois qu'il se présente un sujet qui offre, de la manière la plus éclatante, les caractères extérieurs de la chlorose ou de l'anémie, on peut affirmer que le phénomène qui nous occupe ne fera pas défaut. Ceux qui assistent habituellement à ma clinique, peuvent dire combien de fois ils m'ont vu annoncer ainsi d'avance l'existence d'un *bruit de diable* dans les artères, chez des sujets sur l'habitude extérieure desquels je n'avais fait que jeter un coup d'œil, et ils attesteraient au besoin que, dans tous les cas, l'exploration directe a confirmé cette facile prévision de l'induction la plus légitime. Deux ou trois jours se sont à peine écoulés depuis que pareil diagnostic a été mis à l'épreuve : au n° 5 de la salle Sainte-Madeleine, fut couchée une jeune femme d'un teint pâle tirant un peu sur le jaune, ayant toutefois les pommettes assez vivement colorées, comme il arrive à plusieurs des personnes qui offrent ainsi ce que je désigne sous le nom de teint et de visage chlorotique. J'annonçai qu'il devait exister un bruit de diable dans les carotides; on me répliqua que cette fois le diagnostic *était en défaut*, et que le bruit de diable avait été vainement cherché. J'auscultai les carotides, et je trouvai dans la droite un magnifique bruit de diable, qui fut entendu par un grand nombre des assistants, et en particulier par la personne aux premières recherches de laquelle ce phénomène avait échappé (1).

(1) Je n'insiste pas ici sur les détails qui se rattachent au bruit de diable : on les trouvera dans les prolégomènes du *Traité clinique des maladies du cœur*. J'ajouterai seulement que chez les malades dont nous avons rapporté plus haut les observations, le bruit de diable a existé plus fréquemment dans les carotides droites que dans les gauches, ce qui est l'inverse de ce que j'avais rencontré dans d'autres séries de cas. M. Andral, de son côté, avait obtenu un résultat semblable à celui que nous signalons dans les observations actuelles.

Dans les cas de chlorose bien caractérisés, un souffle léger du cœur, synchronique à la systole, accompagne assez ordinairement le bruit de diable des artères.

Dans ces mêmes cas, le pouls offre un caractère qu'aucun observateur n'avait encore signalé : il est mou, *fluctuant*, comme si le sang qui parcourt l'artère n'avait pas sa consistance normale, et que, ne distendant pas complétement le vaisseau, les parois de celui-ci fussent plus ou moins flasques. Les veines extérieures sont plus ou moins affaissées et la colonne de sang qui les parcourt offre à travers la peau une rougeur moins foncée que dans l'état normal. Toutefois, l'affaissement des veines n'est bien prononcé que chez les chlorotiques maigres et vraiment anémiques. Chez certains chlorotiques qui ont de l'embonpoint, une *mauvaise graisse*, comme on dit, les veines ne sont point affaissées; mais dans ce cas même, la coloration du sang qui parcourt ces vaisseaux a perdu de son intensité.

Je ne ferai que rapporter brièvement, en passant, les autres symptômes observés chez nos chlorotiques et nos anémiques, tels que les palpitations, les battements des carotides, l'essoufflement dans l'acte de monter, de marcher vite, etc., les *maux d'estomac*, les étourdissements, les éblouissements, la faiblesse générale, une sorte de torpeur et de paresse, et chez les femmes, l'aménorrhée avec ou sans flueurs blanches.

Pour ne pas confondre ces divers phénomènes avec ceux propres aux lésions organiques des viscères qui sont le siége des désordres fonctionnels indiqués, il suffit d'explorer attentivement ces viscères. En effet, dans la chlorose ou l'anémie pure et simple, les divers phénomènes ci-dessus exposés existent seuls, tandis que, dans les cas de lésions organiques, les mêmes phénomènes coïncident avec les signes physiques propres à ces lésions, et ces derniers signes sont les seuls *pathognomoniques*. J'ai fait voir dans le *Traité clinique des maladies du cœur* comment on peut

distinguer les lésions *organiques* de ce viscère de ses lésions *nerveuses ou purement dynamiques*, quel qu'en soit le point de départ. Je n'y reviendrai point ici; j'ajouterai seulement que, dans quelques cas, on trouve la chlorose ou l'anémie combinée à de véritables lésions organiques du cœur, et qu'alors on observe réunis et les signes propres à la première et ceux qui caractérisent les secondes. Trois femmes nous ont offert, dans le cours de la clinique de cette année (1837), des exemples intéressants de cette grave complication. L'analyse de ces cas n'est réellement difficile que pour les praticiens qui ne sont pas suffisamment habitués à l'usage des diverses méthodes *exactes* que réclame l'exploration des malades.

ARTICLE III.

Résumé succinct de nos observations considérées sous le point de vue du traitement.

Tous nos malades ont été soumis à l'usage des préparations ferrugineuses et de celles de quinquina. Ceux qui sont restés assez long-temps à l'hôpital pour que ces moyens aient été continués avec une persévérance suffisante, en ont été soulagés, mais nous ne comptons réellement que bien peu de guérisons radicales. C'est que, pour seconder les bons effets de ces préparations, nous n'avons pas dans les hôpitaux les conditions hygiéniques nécessaires, telles que des aliments choisis, un air pur et convenablement renouvelé, des distractions, etc., etc. Les préparations ferrugineuses elles-mêmes sont bien moins utiles que les voyages aux eaux de ce nom.

Nous nous sommes sévèrement abstenus de pratiquer des émissions sanguines à nos femmes chlorotiques. Chez quelques unes, disons mieux, chez la plupart d'entre elles, il en avait été pratiqué avant leur entrée à l'hôpital, parce qu'on s'était trompé sur la nature de leur maladie. Sans doute, des

émissions sanguines très modérées n'entraînent pas de graves inconvénients dans les affections que nous étudions, quand celles-ci ne sont pas portées trop loin; mais je ne connais aucun cas dans lequel elles aient été réellement avantageuses. Quand la chlorose et l'anémie sont, au contraire, très prononcées, les émissions sanguines augmentent sensiblement les accidents, et il y a contre-indication positive, et pour ainsi dire *matérielle*, à la saignée dans de pareils cas. Si la transfusion du sang était une méthode avouée par la saine expérience, c'est à elle, au contraire, qu'il faudrait avoir recours. Elle serait évidemment le remède par excellence de l'anémie pure et simple. Dans la chlorose proprement dite, c'est surtout la matière colorante qu'il faudrait transfuser, et à défaut de cette opération *directe*, on transfuse en quelque sorte, par la voie de l'*ingestion*, le fer, élément qui paraît concourir à la coloration du sang.

La présence de l'aménorrhée chez la plupart des femmes chlorotiques, est une des circonstances sur lesquelles se fondent divers praticiens pour recourir aux émissions sanguines. Ils s'imaginent qu'en appliquant les sangsues aux cuisses et à la vulve, ils rappelleront l'écoulement menstruel, et qu'à son apparition, on verra la chlorose se dissiper, attendu que selon eux celle-ci est l'effet de l'aménorrhée: *Sublatâ causâ, tollitur effectus*, disent-ils. A merveille; mais comme l'aménorrhée est elle-même constamment ou à peu près l'effet de la chlorose et de l'anémie, pour rappeler les règles quand elles n'existent pas du tout, ou pour les rendre plus plastiques quand elles existent encore, il faudrait augmenter la quantité du sang et le rendre plus *riche*, comme on dit; car, nous aussi, nous disons: *Sublatâ causâ, tollitur effectus.*

Tant que certains praticiens, en cela émules de quelques malades, prendront pour des signes de *pléthore* les bouffées de chaleur qui montent au visage, les battements des carotides, les palpitations, les étourdissements, que l'on

rencontre dans la chlorose, surtout quand les sujets sont nerveux; tant qu'ils n'auront pas bien appris à distinguer les maladies vraiment organiques des affections qui les simulent, sous le rapport de certains désordres fonctionnels purement dynamiques, les émissions sanguines continueront malheureusement à être employées dans la chlorose pure et simple, et la saine pratique en gémira.

Faisons donc chaque jour de nouveaux efforts pour perfectionner le diagnostic, et répétons sans cesse que c'est dans l'usage de plus en plus répandu des méthodes physiques ou exactes d'observation que gît pour ainsi dire tout entier le progrès en pareille matière.

CHAPITRE II.

Asphyxie par submersion.

—

OBSERVATION UNIQUE.

Salle des hommes, n. 3. — Le nommé Heurreley, âgé de 17 ans, bonnetier, demeurant rue du Bac, 78, né à Savin (Yonne); malade depuis 5 heures, entré le 16 août 1836, mort le 18 août.	*Diagnostic.* — ASPHYXIE PAR SUBMERSION, *suivie d'une péripneumonie dans la moitié inférieure et postérieure du poumon gauche.*

Le 16 août 1836, sur les quatre heures du soir, après avoir mangé une grande quantité de pâtisserie, ce jeune homme est allé se baigner dans la Seine; il ne savait pas nager, et il paraît qu'il a perdu pied; après quelques minutes de submersion il a été retiré sans connaissance, violet, sans pouls, les yeux livides, les mâchoires fortement contractées.

On lui fait des frictions sur tout le corps avec des brosses

et des spiritueux ; on applique des sinapismes, des ventouses sèches; cependant il est resté une heure et demie sans connaissance.

Après les moyens indiqués plus haut, on a essayé de faire vomir le malade par la titillation de la luette et l'administration de 2 grains d'émétique ; un lavement purgatif a été donné ; deux saignées ont été faites à une demi-heure d'intervalle (le sang a mal coulé; il était noir, épais, et on n'en a retiré en tout que trois palettes).

Le malade a été conduit à la Charité à neuf heures du soir. Alors on observait un refroidissement du corps; le pouls était petit, la connaissance revenue ; il existait de l'oppression ; plaintes et soupirs continuels. (*On applique des sinapismes aux membres inférieurs, et un large vésicatoire au devant du sternum.*)

17 *août à la visite.* — Nuit sans sommeil ; plaintes, douleurs dans les reins, à la tête et à la région occupée par le vésicatoire; respiration fréquente, demi-convulsive, à 64-68; visage encore un peu livide ; lèvres violettes, ainsi que les doigts et surtout les ongles; narines un peu pulvérulentes et un peu froides ; pouls à 116, petit, peu développé; bruits du cœur normaux; battements de cet organe modérément forts; résonnance faible à gauche en arrière, assez bonne à droite ; à gauche en arrière, râle crépitant, humide, dans les régions moyenne et inférieure, se prolongeant un peu vers la partie externe, avec retentissement de la voix vers la pointe de l'omoplate ; respiration puérile dans la région du scapulum ; rien de notable à droite en arrière ; résonnance bonne en avant des deux côtés, de même que la respiration ; urine d'un jaune foncé, claire, exhalant une odeur de violette (elle a été rendue quatre à cinq heures avant la visite); langue humide, molle, un peu violette à sa circonférence, légèrement excoriée à sa pointe ; ventre souple, sensible à la pression; besoin d'aller à la garde-robe. (*Saig. 3 palett.; vent. scarif. 3 pal. côté gauche; catapl.; solut. sir. vinaig.*;

viol. guim. sir. gom.; lotions vinaig.; lav. huil.; diète.)

Le malade avait commencé à se réchauffer immédiatement après la saignée du matin; les ventouses ne furent appliquées que le soir à cinq heures.

La mort arrive dans la nuit du 17 au 18 à une heure du matin.

Immédiatement après la mort, le malade a rendu une assez grande quantité de sang par le nez.

Sang de la saignée et des ventouses. — Il est d'une faible consistance; une certaine quantité de sa matière colorante est mêlée à la sérosité.

Autopsie cadavérique, 9 heures 1/2 après la mort.

1° *Habit. extérieure.* — Rigidité cadavérique considérable; teinte violacée des membres.

2° *Organ. respirat. et circulat.* — A l'ouverture des cavités de la poitrine, il s'est échappé une certaine quantité d'air avec sifflement; dans le côté gauche, existe un épanchement de sérosité sanguinolente; à droite, les feuillets opposés de la plèvre sont unis entre eux, à l'aide d'un tissu cellulaire ancien bien organisé. Le tissu cellulaire du médiastin est infiltré d'air.

Le poumon droit est pesant et ne contient pas d'air, si ce n'est à son bord antérieur; ailleurs et en arrière surtout, il est engorgé, rouge, friable, comme dans le premier degré de la pneumonie.

Le poumon gauche offre plusieurs marbrures rouges ou violettes, surtout dans le lobe supérieur; dans le lobe inférieur, le tissu est splénisé et ramolli; il laisse suinter à la pression un liquide rouge, lie de vin; il ne contient pas la moindre bulle d'air, si ce n'est à son sommet, où l'on voit des bulles de ce gaz extravasé sous la plèvre.

Le cœur est tout-à-fait normal; les cavités droites sont gorgées de caillots sanguins, les uns mous, les autres un peu

décolorés et assez fermes; les cavités gauches contiennent aussi des caillots mous, mais moins abondants; les valvules sont parfaitement saines.

3° *Organ. digest. et annex.*—La membrane muqueuse de l'estomac est mamelonnée, d'une couleur rosée, surtout dans le grand cul-de-sac, où elle se laisse très facilement déchirer avec l'ongle; vers la fin de l'intestin grêle, on trouve une injection assez fine, avec un léger boursouflement de plusieurs *plaques* de Peyer, et ramollissement de la muqueuse; à un pied du cœcum, rougeur vineuse dans l'étendue de deux à trois travers de doigt, et ramollissement considérable de la muqueuse avec saillie des follicules de Brunner.

Il existait beaucoup de matière spumeuse, blanchâtre, dans tout l'intestin grêle, et un peu de liquide brunâtre dans l'estomac (1).

4° *Centre nerveux.* — A la surface du cerveau et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, il existe une certaine quantité de sérosité teinte de sang; sur les parties antérieure et latérales du cerveau, coloration rougeâtre très marquée; la couche superficielle des circonvolutions cérébrales paraît notablement ramollie; la substance cérébrale présente à l'incision une injection pointillée; peu de sérosité dans les ventricules.

Le cervelet est un peu moins injecté que le cerveau (la dure-mère était très injectée, surtout dans sa partie supérieure, et ses différents sinus étaient gorgés de sang).

(1) Le malade avait mangé beaucoup de pâtisserie avant de se mettre à l'eau. Cette substance alimentaire n'existait plus (à l'ouverture) dans l'estomac, et tout l'intestin grêle contenait en abondance une matière chymeuse et chyleuse. Le gonflement et l'injection des plaques de Peyer étaient-ils un résultat de l'acte physiologique de la continuation de la digestion? (*Reflexion de M. Montault.*)

SUPPLÉMENT

CONTENANT 1° SEPT CAS DONT LE DIAGNOSTIC N'A PAS ÉTÉ ÉTABLI D'UNE MANIÈRE PRÉCISE ; 2° SIX CAS RELATIFS A DES INDIVIDUS QUI N'AVAIENT AUCUNE MALADIE RÉELLE.

CHAPITRE PREMIER.

Cas dont le diagnostic n'a pas été précisé.

---

§ Ier.

Cas relatifs aux lésions des centres nerveux. — Ils sont au nombre de deux que voici.

—

OBSERVATION I.

Salle des femmes, n. 11. — La nommé Manjor, âgée de 27 ans, couturière, demeurant rue Laffitte, 35, née à Lyon (Rhône); malade depuis 6 mois, entrée le 12 juillet 1836, sortie le 24 octobre 1836.	*Diagnostic.* — AFFECTION ORGANIQUE DES CENTRES NERVEUX, *peut-être vers le cervelet et la protubérance annulaire.*

Mariée; d'une faible constitution; d'un tempérament bilioso-nerveux; à Paris depuis trois ans et demi; sujette aux maux de tête depuis l'âge de trois à quatre ans.

A l'âge de dix-huit mois, elle a eu une affection teigneuse qui a été traitée par la calotte.

Réglée à quatorze ans moins trois mois.

Mariée à seize ans et trois mois, elle est devenue enceinte immédiatement après, et est accouchée à dix-sept ans. L'accouchement a été laborieux, et a duré trois jours

(l'enfant est venu par les pieds et est encore actuellement bien portant). — A la suite de cet accouchement, la malade a éprouvé des maux de reins et a eu des flueurs blanches. Elle a fait plus tard deux fausses couches. Elle a eu plusieurs fièvres intermittentes, tierces et quotidiennes, dans l'espace de quatre à cinq ans. Quand elle est venue à Paris (en 1833), elle était alors enceinte de quatre mois et demi; elle a eu une perte en route et a fait une nouvelle fausse couche trois jours après son arrivée; elle est restée six semaines malade; au bout de cette époque, crachement ou vomissement de sang qui a duré six semaines. (*Solut. sir. gomme*; 15 *à* 20 *sangsues à l'épigastre.*)

Les règles étaient revenues un mois après la fausse couche, et elles ont toujours bien continué jusqu'à une cinquième grossesse qui eut lieu en juin 1835. Elle a fait encore une fausse couche en octobre 1835, après quatre mois et demi de grossesse. Elle était assez bien rétablie au bout de deux mois. Elle rapporte qu'il y a six mois, après s'être baissée pour placer une bûche dans son foyer, elle ressentit une douleur vive dans l'œil gauche, et en même temps il lui sembla que tous les objets environnants étaient en mouvement. La perte complète de la vue a duré pendant quatre à cinq heures; en même temps convulsions dans tout le côté gauche du corps; au bout de cinq heures, douleur et battements de tête dans la région sincipitale. Deux jours après, nouvelles convulsions dans le côté gauche du corps *avec crises nerveuses indéfinissables.*

Les règles ont continué depuis six mois, mais en quantité moindre que d'habitude.

Depuis six mois, les *crises nerveuses* se sont plusieurs fois répétées, et la malade dit avoir eu le côté gauche plus faible que le droit; depuis cette époque, elle a quelquefois perdu connaissance pendant trois quarts d'heure ou une heure tout au plus (tous les quinze jours environ); jamais elle n'est tombée lorsqu'elle a été prise de ses attaques; le

sommeil a toujours été agité, et il s'est manifesté des palpitations.

La malade ne sait à quoi attribuer précisément cette affection : elle n'a point éprouvé de chagrins; neuf jours avant avoir la première attaque, elle était tombée de sa hauteur, dans sa chambre, sur le côté gauche du corps et de la tête; il en résulta de la céphalalgie qui continua jusqu'au premier accès (deux ans avant l'invasion de sa maladie, elle avait fait une autre chute sur la tête en arrière).

De la glace sur la tête, des antispasmodiques, des sinapismes, des sangsues aux cuisses, des frictions sur le côté gauche du corps avec des liniments divers; 30 *sangsues sur la région du cœur, d'autres à l'anus et derrière les oreilles; des ventouses scarifiées aux tempes; de nombreux purgatifs, de la digitale, de l'oxide de zinc, des bains simples et de vapeurs, des vésicatoires au bras, à la tempe et à l'apophyse mastoïde gauche; l'application de la pommade de Gondret à la tempe et au bras gauche; du baume de Fioraventi pour les yeux; enfin, il y a vingt et un jours, un séton à la nuque et un large vésicatoire dans le dos*; tels sont les moyens employés avant l'entrée.

12 *juillet soir.* — La malade dit ressentir des contractions spasmodiques (convulsions cloniques) dans tout le côté gauche du corps, qui est en même temps plus faible que le droit; la tête ne peut être tournée à gauche, à cause de la contraction du muscle sterno-mastoïdien gauche; la malade se tient assez facilement sur ses jambes; de temps en temps, soupirs et gémissements involontaires, prolongés, bruyants, et plaintes vives à cause d'une douleur permanente dans toute la partie antérieure de la tête (cette douleur s'étend dans les yeux, dans les oreilles, dans les tempes et aussi en arrière de la tête); mémoire affaiblie, mais réponses justes; vue faible, surtout à gauche; apparence de divers objets et de vapeurs noires devant les deux yeux, surtout devant le gauche ; l'expression des yeux est celle qu'ils af-

fectent quand ils sont frappés d'une vive lumière : ils sont à demi fermés, et les soureils abaissés; mouvements des globes oculaires en haut et en bas difficiles, accompagnés d'un malaise indéfinissable ; pupilles égales ; les deux côtés du visage sont parfaitement symétriques ; ouïe quelquefois affaiblie à gauche ; narines sèches ; odorat intact ; langue et parole libres ; la malade dit que la déglutition est plus difficile à gauche qu'à droite ; douleur dans la portion gauche de la mâchoire supérieure ; la sensibilité paraît aussi bonne à gauche qu'à droite (1) ; partie antérieure du cou gonflée et douloureuse ; sommeil agité ; sueur à la paume des mains, aux pieds et aux jambes ; peau fraîche ; bruits du cœur normaux, avec tintement auriculo-métallique assez fort; palpitations et douleurs intermittentes dans la région du cœur, comme s'il était serré, dit la malade, par une main vigoureuse ; pouls médiocrement fort, fréquent, développé ; la respiration est normale ; ventre souple, indolent; constipation ; flueurs blanches continuelles, abondantes; douleur générale dans les aînes, le siége, la matrice, les jambes, le long du rachis ; bruit de diable léger, musical, dans la carotide gauche (il n'en existe pas dans la carotide droite) ; pouls à 96. (*Tilleul-oranger sir. gom.*; *pot. sir. diacode* 1 *once*; *lav. émoll.*; 1/8 *d'aliments.*)

15. — Les règles sont venues cette nuit pendant laquelle, comme pendant les précédentes, il y a eu des alternatives de frissons et de sueurs.

17. — Elle *ressent souvent comme des défaillances, des moments d'absence* ; elle a, dit-elle, des idées absurdes et effrayantes, des hallucinations, etc. Les règles sont arrêtées depuis hier. (*Pot. sulfate de quinine gr.* 6 ; *pédil. sinap.*; 1/8 *d'alim.*)

(1) La malade compare à l'ivresse ce qu'elle ressent dans la tête : lorsqu'elle est debout, elle éprouve des étourdissements, et est obligée de s'asseoir ou de se prendre à quelque appui ; la marche se fait à petits pas, et le corps est entraîné du côté gauche.

18. — La malade dit aujourd'hui que depuis trois mois elle a des rêves érotiques. (*Bain simple.*)

22. — La malade dit que son mal augmente, *qu'elle se sent devenir folle, que sa tête déménage* etc.; elle pousse toujours involontairement de longs et profonds soupirs, et porte la main à sa tête comme pour la soutenir.

24. — *Sensation comme d'un corps étranger dans les oreilles;* depuis deux jours les forces sont un peu diminuées.

26. — Idées confuses, comme quand on est exposé à la vapeur du charbon (genre d'asphyxie auquel la malade a, dit-elle, été exposée plusieurs fois); elle n'a pas eu de rêves érotiques depuis quelque temps; depuis cinq jours, surdité incomplète.

30. — La malade va mieux; hier elle est restée pendant quelques heures à se promener dans les salles, le mal de tête étant presque nul. (*Pot. sulf. de quinine gr.* 10; *bain; lav. avec assa-fœtida et camphre.*)

21 *août.* — L'amélioration continue. (*Pot. sir. d'éther; lavement valériane.*)

24 *octobre.* — Sortie. — Soulagement notable; la malade a pris des couleurs et un peu d'embonpoint; elle marche mieux; la tête est moins douloureuse; elle pousse encore de temps en temps des soupirs involontaires (1).

(1) Nous avons noté plusieurs détails fournis par la malade, sans nous en constituer les garants. Mais comme cette femme nous a présenté des phénomènes nerveux assez curieux et dont la science ne possède pas encore un nombre suffisant d'exemples, nous avons mieux aimé nous exposer à rapporter quelques documents peu fidèles peut-être, que de nous exposer à en omettre qui auraient été exacts, et qui, bien insignifiants aujourd'hui que tant d'obscurité règne encore sur certaines maladies des centres nerveux, pourront être quelque jour des signes précieux de quelques unes de ces maladies.

OBSERVATION II.

Salle des femmes, n. 9. — La nommée Vatome, âgée de 30 ans, femme de ménage, demeurant rue Saint-Jacques, 39, née à Epiainville (Saine-et-Oise); malade depuis 4 mois, entrée le 23 mai 1836, sortie le 11 juillet 1836.

Diagnostic. — Maladie organique des centres nerveux siégeant peut-être dans le cervelet.

Mariée (elle a eu un enfant il y a quatre ans); d'une constitution assez forte; d'un tempérament sanguin-bilieux.

Elle n'a jamais eu de maladie grave avant celle pour laquelle elle est entrée à l'hôpital.

Il y a quatre mois, étourdissements, maux de tête, qui ont duré jusqu'à ce jour, et qui occupent particulièrement l'occiput; ces étourdissements se font sentir presque tous les jours; pendant trois mois, la malade éprouvait des pertes de connaissance qui duraient cinq minutes, tombait, et ses bras étaient agités convulsivement.

Depuis un mois, la malade n'éprouve plus d'attaque; mais les étourdissements persistent et la forcent parfois à garder le lit.

Elle a eu deux saignées, deux fois des sangsues à l'anus; des vésicatoires ont été appliqués à la nuque, au bras gauche et à la tempe droite (le dernier a été appliqué à l'Hôtel-Dieu, où elle est restée seize jours).

Elle attribue sa maladie au sang qui lui montait à la tête dans sa cuisine; elle a eu des chagrins, il y a trois ans.

23 *mai soir.* — Point de douleur actuelle à la tête; douleur non continue dans les yeux; vue affaiblie, surtout en certains moments; pupilles dilatées, contractiles à la lumière; surdité incomplète des deux côtés, mais surtout de l'oreille gauche; odorat et goût conservés; sommeil bon; sensibilité

intacte; depuis vingt et un jours environ, affaiblissement des membres inférieurs; intelligence intacte; réponses justes; mémoire affaiblie; teinte jaunâtre du bas du visage; langue humide; enduit un peu jaunâtre; soif; appétit conservé; déglutition facile; ni nausées, ni vomissements; constipation depuis quatre jours; urines naturelles; pouls à 80; température abdominale à 33-34°. (*Tilleul-oranger sir. gom.; lavem. émoll.; 1/8 d'aliments.*)

24, 25, 26, 27 et 28. — Peur de tomber en avant en marchant; marche mal équilibrée; rien de particulier en ce moment pour les appétits vénériens; mariée depuis cinq ans, malgré elle, elle n'a jamais eu, dit-elle, grand goût pour les hommes, avant comme après son mariage; elle n'a jamais éprouvé de plaisir dans les rapports sexuels avec son mari; depuis cinq mois qu'elle est malade, elle n'en a pas eu à cause de son mal de tête, son peu de désir du rapprochement sexuel étant d'ailleurs resté le même. (*Séton à la nuque.*)

8 *juin.* — Violent mal à la tête et aux yeux; langue mauvaise; pas d'appétit; pas de selles depuis cinq à six jours. (*Pédiluve sinap.; bouillon et soupe aux herbes.*)

25. — La marche est un peu plus régulière; cependant la malade ne se retourne encore qu'avec difficulté.

26. — Mal à la tête encore plus fort; rougeur de la face. (*Saignée de deux palettes; diète.*)

27. — Elle souffre un peu moins qu'hier; le caillot de la saignée est de bonne consistance, sans couenne. (*1/4 d'aliments.*)

28. — Céphalalgie forte. (*Bain tiède, avec affusions fraîches sur la tête.*)

11 *juillet.* — Sortie à peu près dans le même état qu'à l'entrée.

§ II.

Cas relatifs aux lésions de l'appareil sécréteur et excréteur de la bile. — Ils sont au nombre de deux.

OBSERVATION I.

Salle des hommes, n. 23. — M. Manas, âgé de 20 ans, élève en médecine, demeurant rue des Maçons, 16, né à Dieupontale (Tarn-et-Garonne); malade depuis 8 jours, entré le 15 juillet 1836, sorti le 24 juillet 1836.

Diagnostic. — ICTÈRE DONT LE POINT DE DÉPART N'A PAS ÉTÉ DÉTERMINÉ (1).

D'une constitution un peu faible et délicate, cheveux châtain-foncé; bonne santé habituelle; à Paris depuis deux ans.

Il fait de temps en temps des excès de régime. Depuis un mois, il a éprouvé des contrariétés.

Il y a dix jours, il fit pratiquer la section du frein de la verge par M. Lisfranc, et deux jours après, les yeux offrirent une teinte jaunâtre, qui s'est étendue les jours suivants à toute la peau. En même temps, les urines sont devenues d'un jaune-foncé.

Il n'a fait aucun traitement.

15 *et* 16 *juillet.* — Teinte ictérique (d'un jaune-foncé) générale, mais surtout très prononcée au-devant de la poitrine, aux conjonctives et au pourtour de la bouche; peau fraîche et sèche; langue large, humide, couverte d'un enduit un peu jaunâtre à la base; peu de soif; appétit bon; pas de mauvais goût à la bouche; ni nausées ni vomissements; ventre souple, indolent; le lobe gauche du foie s'a-

(1) J'entends par là que nous n'avons pu démontrer quelle était la lésion organique précise à laquelle on devait rapporter l'ictère.

vance un peu dans l'épigastre : selle tous les deux jours (brunes ou verdâtres, à ce qu'il dit); urine rougeâtre; rien de notable pour la respiration; pouls à 60, fort, assez développé; bruits du cœur normaux; point de céphalalgie; bon sommeil. (*Vent. scarif.* 3 *pal. épigastre; solut. sir. gros. et sir. limon; catapl.; lav. huil.;* 2 *tass. bouill.*)

17. — Urine semblable à de la grosse bière, offrant une mousse jaunâtre, acide; la couleur ictérique est la même; une selle hier.

Sang des ventouses : Teinte jaune sur les parois du vase; rondelles d'une consistance médiocre. (*Vent. scarif.* 3 *pal. épigastre; le reste idem.*)

18. — Urine un peu moins foncée; l'ictère est aussi moins prononcé.

Sang des ventouses : Comme la veille. (*Bain sulfureux;* 2 *tass. bouill.; potage; artichaut; lavement huileux.*)

20. — Couleur ictérique diminuée. (*Manne* ℥ ij; 1/8 *d'aliments.*)

21. — Urine moins foncée; peau moins jaune.

24. — Sortie. Il ne reste plus qu'une très légère teinte jaune aux conjonctives.

OBSERVATION II.

Salle des hommes, n. 12. — M. Grandchamp, âgé de 22 ans, élève en médecine, demeurant rue Saint-Hyacinthe, 20, né à Saint-Barthelemy (Lot-et-Garonne); malade depuis 12 jours pour la dernière fois, 7 ans pour la première fois; entré le 10 juin 1836, sorti le 29 juin 1836.

Diagnostic. — ICTÈRE RÉCIDIVÉ DONT LE POINT DE DÉPART N'A PAS ÉTÉ RIGOUREUSEMENT DÉTERMINÉ.

D'une constitution sèche et bilieuse; d'une complexion délicate.

Il y a 7 ans, il eut, dit-il, une gastro-entérite qui dura un mois et demi, et à la suite de laquelle il est resté sujet à

des dérangements gastriques, toutes les fois qu'il faisait les moindres excès de régime.

Il est arrivé bien portant à Paris, il y a environ deux ans. La première année, il a eu deux ictères : le premier a duré un mois et demi, et pour le second, il se rendit dans son pays. Revenu à Paris quelques mois après, il eut, au bout d'un mois, un nouvel ictère, qui fut guéri au bout de vingt et un jours. Depuis cette époque (octobre 1835), la teinte jaune ne s'est jamais complétement dissipée (il y a eu des alternatives d'amélioration et d'aggravement dans les symptômes).

Il y a douze jours, l'ictère a reparu de nouveau avec douleur dans l'abdomen et sentiment de pesanteur au foie. (12 *sangs. à l'anus et un bain*; 1 *verre d'eau de Sedlitz.*)

10 *et* 11 *juin.* — Céphalalgie sus-orbitaire; teinte légèrement ictérique du visage, surtout marquée aux conjonctives; langue humide, couverte d'un enduit jaunâtre; inappétence; soif; bouche mauvaise; ni nausées ni vomissements; urine claire, d'une teinte jaune légère, sans odeur particulière; ventre affaissé, indolent (une forte pression produit une douleur sourde et profonde dans la région du duodénum), souple, avec légère résonnance tympanique et faible gargouillement dans la région du colon ascendant; le foie ne déborde pas sensiblement le rebord des fausses côtes et ne remonte pas plus haut qu'à l'état normal; bruits du cœur normaux; pouls à 64, régulier; chaleur normale; rien de particulier pour la respiration. (*Sol. sir. gros. et sol. sir. gom.*; *emplâtre poix de Bourgogne émét. gr.* 25 *à l'épigastre*; 1/2 *lav. huil.*; 2 *tass. bouill.*; *lait coupé.*)

12, 13, 14 *et* 15.—Peu de changement. (*Bains*; *bouill.*; *potages*; *lait.*)

16. — Teint un peu plus clair. (*Soupe aux herbes*; *reste idem.*)

Les jours suivants, le malade boit de l'eau de Seltz et prend des bains sulfureux.

29 *juin.* — Sortie. — Guérison.

§ III.

Cas relatifs aux lésions de l'utérus considéré comme organe de la menstruation. — Ils sont au nombre de deux.

OBSERVATION I.

Salle des femmes, n. 6. — La nommée Bastien, domestique, demeurant à Bercy, née à Lunéville (Meurthe); malade depuis 5 mois, entrée le 16 juin 1836, sortie le 21 juin 1836.

Diagnostic. — LÉGER DÉRANGEMENT DU FLUX MENSTRUEL SANS LÉSION DÉTERMINÉE DE L'UTÉRUS.

D'une constitution forte; cheveux châtains; à Paris depuis 2 ans; toujours bien réglée.

16 *juin.* — Les règles devaient venir le 15 et n'ont pas paru; depuis cinq mois, elles avancent de cinq jours à chaque période; mais elles ne durent qu'un jour, tandis qu'elles en duraient deux auparavant. Point d'écoulement en blanc entre les époques menstruelles; urine rendue sans difficulté, rouge, épaisse et trouble depuis trois mois; douleurs dans les reins, dans les aines et dans les flancs; le col utérin est tourné en arrière, allongé, non douloureux; pouls à 64, peu développé; peau modérément chaude et sèche; bruits du cœur normaux; rien de particulier pour la respiration; point de céphalalgie; état d'abattement et de langueur; bon sommeil; assez d'appétit. (*Sol. sir. gros.*; *bain*; *lav.*; 1/8 *d'aliments.*)

18. — Apparition des règles depuis hier (elles ont avancé cette fois de deux jours au lieu de cinq).

19. — Les règles ont cessé cette nuit.

20. — En rendant son lavement, la malade a expulsé un ver lombric. (*Bain simple*; 1/4 *d'aliments.*)

21.—Sortie.

OBSERVATION II.

Salle des femmes, n. 6. — La nommée Plume, âgée de 33 ans, chapelière, demeurant rue Saint-Honoré, 211, née à Strasbourg (Bas-Rhin; malade depuis 10 jours, entrée le 20 avril 1836, sortie le 25 avril 1836.	*Diagnostic.* — SUPPRESSION DES RÈGLES SANS LÉSION DÉTERMINÉE DE L'UTÉRUS.

D'une constitution assez forte; d'un tempérament sanguin; ordinairement bien réglée et d'une bonne santé; arrivée à Paris depuis six mois.

A son arrivée, elle est entrée dans le service de M. Magendie, à l'Hôtel-Dieu, où elle est restée deux mois pour une suppression de règles (on lui appliqua des sangsues aux cuisses et au ventre, et un vésicatoire à l'hypogastre).

Depuis quatre mois qu'elle est sortie de l'Hôtel-Dieu, ses règles avaient reparu; mais elles s'arrêtèrent de nouveau, il y a dix jours, à la suite d'une frayeur, et depuis cette époque, il s'est déclaré des douleurs dans le ventre.

20 *et* 21 *avril.* — Pouls à 72, peu développé; peau d'une température normale; un peu de toux, mais respiration bonne partout; les bruits du cœur ne présentent rien de particulier; langue rosée, humide; soif modérée; peu d'appétit; ventre souple, un peu douloureux. (*Viol. sir. gom.; potion sir. diacode* ℥ j; *lav. émoll.*; *bouill.*; *crème de riz*; *lait.*)

Les jours suivants, il ne survient rien de nouveau, et la malade sort le 25.

§ IV.

Cas relatifs aux lésions de l'appareil excréteur de l'urine.

—

OBSERVATION UNIQUE.

Salle des femmes, n. 1. — La nommée Guillier, âgée de 21 ans; couturière, demeurant rue Boutebry, 10, née à Cosne (Nièvre); malade depuis 8 jours, entrée le 25 mai 1836, sortie le 6 juin 1836.

Diagnostic.—INCONTINENCE D'URINE DONT LA CAUSE N'A PAS ÉTÉ DÉTERMINÉE.

D'une constitution lymphatico-sanguine; de stature et de force moyenne; mauvaise santé habituelle; sujette à des pertes utérines.

Il y a huit jours, elle a été prise d'une incontinence d'urine, qui a été en augmentant. Une perte avait eu lieu une douzaine de jours auparavant; elle fut visitée alors par M. Ricord, qui ne trouva rien de notable au col de l'utérus.

25 *et* 26 *mai*. L'incontinence d'urine continue; douleurs dans le bas-ventre comme pour accoucher, surtout en marchant; pesanteur vers le fondement et la matrice; le toucher ne fait reconnaître aucune lésion du col utérin : son ouverture n'est ni dilatée ni resserrée; point d'écoulement en rouge ou en blanc; une pustule plate, dure, indolente sur la grande lèvre gauche; langue rouge, humide; nausées sans vomissements; bouche mauvaise; rien de notable pour la respiration; point de fièvre. (*Solut. sir. limon; lin-chiendent sir. gom.; pot. gom. avec* 1 *goutte teinture de cantharides à prendre en* 2 *fois; lav. émoll; bain;* 1/8 *d'alim.*)

27. — Depuis hier, la malade a retenu un peu mieux ses urines (10 minutes); elle a eu des coliques. (*Vésic. volant sur l'hypogastre* 3 *à* 4 *pouces de diamètre; le reste idem.*)

28, 29 *et* 30. — Les urines sont retenues un peu plus long-temps.

31. — Pas de changement. (*On suspend la teinture de cantharides, et on applique un grain d'hydrochlorate de morphine sur le vésicatoire.*)

1er *juin.* — Depuis hier, la malade a uriné 14 fois. Les règles apparaissent dans la journée (cependant il n'y a que 12 jours qu'elles étaient venues).

6 *juin.* — Sortie. La malade garde bien ses urines.

CHAPITRE II.

Cas relatifs à des individus qui n'avaient aucune maladie réelle.

OBSERVATION I.

Salle des hommes, n. 5. — Le nommé Doilteau, âgé de 24 ans, brossier, demeurant rue Verte, 25, né à Montoire (Loire-et-Cher); se disant malade depuis 8 jours, entré le 23 juillet 1836, sorti le 24 juillet 1836.

Diagnostic. — PAS DE MALADIE NOTABLE.

D'une bonne constitution; bonne santé habituelle.

Le malade dit avoir eu une colique de plomb immédiatement avant d'avoir des douleurs de membres dont il se plaint depuis huit jours. Ces douleurs ont commencé par les pieds.

23 *juillet* 1836. — Douleurs dans les genoux et les malléoles pendant la marche sans notable gonflement de ces parties; le malade dit ressentir aussi des douleurs au-devant des articulations coxo-fémorales (il est venu à pied à

l'hôpital, mais difficilement) ; ni toux ni expectoration ; résonnance et respiration bonnes partout ; pouls à 80-84, fort, large ; bruits du cœur normaux ; peau un peu chaude et sèche ; langue couverte d'un enduit blanc-jaunâtre, humide ; peu d'appétit ; ni nausées ni vomissements ; salive non acide ; le foie et la rate ne débordent pas ; trois selles liquides aujourd'hui même ; urine rouge.

24. — Le malade examiné avec soin ne m'ayant présenté aucune maladie réelle, je signai son *exeat*.

OBSERVATION II.

Salle des hommes, n. 25. — Le nommé Guillod, cordonnier, âgé de 22 ans, demeurant rue de Viarmes, né à Nantes (Loire-Inférieure) ; se disant malade depuis 5 jours, entré le 21 mai 1836, sorti le 22 mai 1836.	*Diagnostic.* — PAS DE MALADIE NOTABLE.

D'une constitution assez robuste ; d'un tempérament sanguin ; bien portant habituellement.

Cinq jours après son arrivée à Paris, frisson pendant une demi-heure ; chaleur ensuite sans sueur. Il est entré vers trois heures à l'hôpital, et dit avoir eu la *fièvre en froid* pendant une demi-heure, puis de la chaleur et de la sueur sur les 4 heures.

21 *mai au soir.* — Céphalalgie frontale ; langue humide, blanchâtre au milieu, un peu rouge à la pointe et aux bords ; inappétence ; bouche mauvaise, envie de vomir ; ventre légèrement tendu, un peu douloureux à l'épigastre, sans éruption ni gargouillement ; pas de selle depuis deux jours ; ni toux ni crachats ; résonnance et respiration bonnes.

Rien au cœur.

22. — Le sujet n'offrant aucun signe de véritable maladie, on le renvoie de l'hôpital.

OBSERVATION III.

Salle des hommes, n. 19. — Le nommé Souillard, âgé de 15 ans, tourneur en cuivre, demeurant rue des Vertus, 18, né à Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir); se disant malade depuis 15 jours, entré le 6 avril 1836, sorti le 15 avril 1836.

Diagnostic. — PAS DE MALADIE NOTABLE.

D'une constitution lymphatique; un peu pâle; taille élevée; habituellement bien portant.

Il y a quinze jours, il dit avoir eu quelques coliques de cuivre.

A la visite du 7, je ne lui trouvai aucune maladie; on lui prescrivit de l'eau d'orge et de chiendent, et on le mit au 1/8 d'aliments.

Aucun accident ne survint les jours suivants, et le sujet fut conservé dans les salles par pure obligeance.

OBSERVATION IV.

Salle des hommes, n. 2. — Le nommé Brosse, âgé de 35 ans, couvreur, demeurant rue Saint-Germain-l'Auxerrois, 24, né à Paris, entré le 23 juillet 1836, sorti le 24 juillet 1836.

Diagnostic. — PAS DE MALADIE NOTABLE.

Bien constitué; brun; militaire pendant huit ans; il a eu une affection syphilitique qui a duré dix-huit mois (chancres, bubon, ulcères cutanés); il y a trois ans que cette maladie s'est terminée (il a été traité par le mercure).

Depuis quinze jours, le malade prétend avoir eu tous les jours du froid suivi de chaleur.

23 *juillet soir*. — Ce matin, à sept ou huit heures, le malade dit avoir *frissonné* pendant une heure et demie, et avoir eu chaud ensuite jusqu'à dix heures; point de céphal-

algie; couleur jaunâtre légère des sillons naso-labiaux; langue rouge, humide; goût fade à la bouche; salive à peine acide; soif; peu d'appétit; ni nausées ni vomissements; épigastre un peu douloureux à la pression; rate non tuméfiée; point de gargouillement; pas de selles depuis cinq à six jours; pouls à 68-72, régulier, peu développé, assez résistant; la matité du cœur est de 2 pouces transversalement, et de 2 pouces 3 lignes verticalement; tintement auriculo-métallique fort accompagnant le premier temps; respiration normale; chaleur de la peau également normale; intelligence, sensations et mouvements sans trouble notable.

24. — On ne trouve aucune maladie chez le sujet de cette observation, et on lui signe son *exeat*.

OBSERVATION V.

Salle des hommes, n. 16. — Le nommé Daché, âgé de 58 ans, manœuvre, demeurant rue Dauphine, 31, né à Arras (Pas-de-Calais); entré le 21 juillet 1836, sorti le 22 juillet 1836.

Diagnostic. — Pas de maladie notable.

D'une constitution de force moyenne; un peu maigre; d'une petite stature; bonne santé habituelle; à Paris depuis seize ans.

Le malade paraissait être dans un léger état d'ivresse au moment de son entrée.

28 *juillet.* — Examiné avec soin, cet homme ne nous offrit aucun signe de maladie, et il reçut son *exeat*.

OBSERVATION VI.

Salle des hommes, n. 7. — Le nommé Novalet, âgé de 61 ans, décrotteur, demeurant rue de la Tacherie, 8, né à Misierre (Savoie): entré le 27 avril 1836, sorti le 28 avril 1836.

Diagnostic. — PAS DE MALADIE NOTABLE.

D'une constitution de force moyenne, cet homme dit être sujet aux *rhumes* et *aux fluxions de poitrine.*

Hier au matin (sur les huit heures), il dit avoir eu un frisson qui a duré pendant une heure et avoir eu chaud ensuite et *sué;* il se plaint aussi de mal à la tête et de douleur dans tous les membres.

Il a bu du vin chaud sucré avec addition de cannelle avant de se coucher; il a bien dormi, et la sueur a continué jusqu'à ce matin dix heures.

27 *avril.* — Céphalalgie sus-orbitaire; rougeur des yeux et gonflement des paupières; enchifrènement; langue rosée, humide; bouche pâteuse; peu d'appétit; soif; ni nausées ni vomissements; ventre souple, indolent; selles naturelles; pouls à 72, fort, développé; bruits du cœur normaux; peau chaude et moite; respiration facile, à 20; un peu de toux; résonnance de la poitrine et respiration vésiculaire normales.

28. — On ne trouve aucun signe de maladie, et on renvoie le sujet de cette observation.

SECONDE PARTIE.

—

EXPOSITION DES PRINCIPALES LOIS OU DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX QUI DÉRIVENT DES FAITS PARTICULIERS ET DES RÉSUMÉS CONTENUS DANS LA PREMIÈRE PARTIE.

Après avoir ainsi rapporté les observations particulières de *tous* les malades qui ont été admis dans nos salles pendant les cinq mois de clinique de l'année 1836, et de plus quelques observations recueillies à une autre époque ; après avoir résumé la plupart de ces observations, et avoir fait entrer dans nos résumés les résultats fournis par l'expérience des quatre ou cinq années cliniques antérieures à celle de 1836 ; après avoir, dans ces résumés, mis nos doctrines et notre pratique en parallèle avec la pratique et les doctrines de quelques autres médecins, il ne nous reste plus, pour compléter notre tâche, qu'à rapprocher nos résumés, et à les *généraliser* conformément aux principes d'une saine et sévère logique. Ces généralités, fournies par l'esprit d'*induction*, ne s'étendront, bien entendu, aux faits futurs, qu'à la condition expresse qu'ils auront été recueillis dans des conditions ou des circonstances pareilles à celles où nous nous sommes trouvé nous-même. D'un autre côté, comme les phlegmasies aiguës sont les seules maladies sur lesquelles nous ayons rassemblé et analysé assez de faits pour nous élever à des inductions générales, elles nous occuperont exclusivement ici, et nous laisserons pour le moment de côté les généralités relatives aux phlegmasies chroniques et aux

autres maladies. En cela, nous marcherons sur les traces de plusieurs observateurs célèbres, et en particulier sur celles des Sydenham, des Stoll et des Pinel, qui, tous, ont borné leurs considérations générales à la grande famille des maladies aiguës.

Nous ferons précéder nos généralités sur les phlegmasies aiguës, du recensement de tous les cas méthodiquement rapportés dans la première partie de cet ouvrage, et d'un coup d'œil général sur la *philosophie* qui a présidé à la collection de nos observations ainsi qu'au plan et à l'exécution des résumés dont elles ont été l'objet.

PREMIÈRE SECTION.

Recensement total des cas particuliers, et coup d'œil général sur la philosophie de la première partie de cet ouvrage.

ARTICLE PREMIER.

Recensement ou dénombrement exact des cas particuliers.

Le nombre total de ces cas s'élève à 320. (Parmi ces 320 cas, il en est 6 de relatifs à des individus qui étaient entrés à l'hôpital sans être malades.)

Il ne faut pas confondre le dénombrement des cas particuliers rapportés dans cet ouvrage, avec le dénombrement des maladies elles-mêmes. En effet, il n'est presque aucun de ces cas qui ne soit composé de plusieurs maladies distinctes, soit sous le rapport de leur siége, soit sous le rapport de leur nature. Si donc nous eussions voulu compter les maladies et non les cas, il nous aurait fallu classer le même cas dans plusieurs divisions de notre cadre nosologique, ce qui eût entraîné les longueurs et les répétitions les plus fa-

tigantes et les plus fastidieuses. Nous avons naturellement classé les cas d'après la maladie principale ou prédominante du sujet, classification que nous allons reproduire dans le tableau suivant (1).

ARTICLE II.

Coup d'œil général et philosophique sur la classification, la collection et les résumés des observations contenues dans la première partie de cet ouvrage.

Je me suis fait une rigoureuse loi de suivre, dans la matière dont se compose la première partie de cet ouvrage, les règles et les préceptes que j'ai établis dans mon *Essai sur la philosopie médicale.*

§ Ier.

Collection et classification des observations particulières.

Parmi les observateurs qui ont le plus insisté sur la nécessité de recueillir exactement et de classer méthodiquement les faits, brille au premier rang l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique et de la Médecine clinique*(2).

(1) Le nombre de ces cas n'est pas exactement celui des malades. En effet, deux de nos malades ont été atteints l'un et l'autre de deux affections dont chacune a dû être l'objet d'une observation particulière. L'un d'eux, en effet, était atteint d'un diabète pendant le cours duquel il survint une pleuro-pneumonie à laquelle il succomba : l'autre, après avoir été guéri d'une pleuro-pneumonie, succomba à une *maladie organique* du cœur antérieure à la pleuro-pneumonie.

(2) Le passage suivant, extrait des Considérations générales de Pinel sur les histoires particulieres des maladies consignées dans sa *Médecine clinique*, donnera une idée de la philosophie générale de ce grand nosographe sur la question qui nous occupe.

« Je ne conçois guère d'autre réponse aux reproches faits à la médecine d'être purement conjecturale, que d'exposer une suite d'obser-

Malheureusement, à l'époque où Pinel écrivait, les méthodes d'exploration en médecine n'étaient pas encore assez perfectionnées, assez exactes. Aussi les observations contenues dans la *Médecine clinique* ont-elles promptement vieilli, ainsi que la classification systématique à laquelle elles avaient été soumises. Si l'on se donne la peine de comparer les observations dont il s'agit avec celles rapportées dans cet ouvrage (observations qui, elles-mêmes, je l'avoue bien volontiers, laissent beaucoup à désirer), on verra de quels immenses progrès l'art si difficile d'observer en médecine s'est enrichi depuis une vingtaine d'années. Alors, par exemple, on n'attachait pas assez d'importance à la description détaillée, et pour ainsi dire minutieuse, des faits, et, suivant l'oracle de la nosographie, « *L'histoire gra-*

» vations recueillies à différentes époques dans un grand rassemblement » de malades, et distribuées dans un ordre régulier de classification.

» L'histoire graphique d'une maladie doit être réduite à ses moindres » termes, c'est-à-dire ne présenter que les symptômes fondamentaux » tracés en style aphoristique.

» On a pu, dans tout autre temps, publier pêle-mêle les histoires » d'une foule de maladies qui n'avaient aucune affinité entre elles, et » dont l'ensemble présentait l'image d'un entassement sans ordre et sans » méthode. On ne peut maintenant suivre cette marche, et une impul- » sion générale nous porte à coordonner les faits en médecine suivant » leurs degrés d'affinité, c'est-à-dire à les classifier suivant la méthode » des naturalistes.

» Si la médecine doit être placée parmi les connaissances de conjec- » ture et de tâtonnement; s'il n'y a que vacillation, doute et incertitude » dans les caractères des maladies, comment arrive-t-il que dans des » rassemblements journaliers de plus de 250 malades, et les dénombre- » ments multipliés que j'en ai fait moi-même dans mes trimestres, en » présence d'un grand nombre d'élèves, elles soient venues se placer na- » turellement et sans effort dans mon cadre nosographique? Je n'ai » pas dissimulé quelques exceptions très rares; mais toutes les branches » de l'histoire naturelle n'offrent-elles point des exemples analogues? »

Pour plus de détails, nous renvoyons à l'article même d'où nous avons extrait les réflexions qu'on vient de lire.

phique d'une maladie devait être réduite à ses moindres termes, c'est-à-dire ne présenter que les symptômes fondamentaux tracés en style aphoristique.»

Quoi qu'il en soit, nos observations particulières étant calquées sur la formule générale que j'ai exposée dans l'*Essai sur la philosophie médicale*, je crois pouvoir me dispenser d'entrer ici dans tous les détails que comporterait ce sujet. Je me contenterai de présenter les réflexions suivantes.

A part les phénomènes qui ne relèvent pour ainsi dire que de la *conscience* du sujet, et dont nous ne pouvons acquérir la connaissance que par la déclaration fidèle des malades convenablement interrogés; à part ces phénomènes, dis-je, tous les autres ont été recueillis par l'emploi des méthodes exactes employées dans les sciences qui se glorifient du même nom, telles que la mécanique, la physique, la chimie; et ces *sciences des sciences* ou les mathématiques, sans le secours desquelles on ne peut faire un seul pas bien assuré dans la carrière de l'observation de la nature. Nous avons *compté* les jours de la maladie, le nombre des pulsations des artères et du cœur, le nombre des inspirations, etc.; nous avons *mesuré* l'abdomen, la poitrine, les articulations, etc., dans certaines maladies; nous avons *mesuré* la température au moyen du thermomètre, la densité du sang au moyen de l'aréomètre (*voy.* le travail de MM. Renauldin et Babin, élèves externes de notre service, au chapitre de la chlorose, de l'anémie et de l'hydrémie); nous avons *ausculté* et *percuté*, et nous avons mesuré l'*étendue* dans laquelle les bruits et les sons fournis par ces méthodes étaient à l'état normal ou anormal; nous avons *vu*, *inspecté*, soit à l'œil nu, soit à l'aide d'instruments, tels que le spéculum (et nous regrettons que le temps et les circonstances ne nous aient pas permis d'employer, dans certains cas, le microscope); nous avons employé quelques réactifs chimiques dans un assez bon nombre de cas

(et nous regrettons bien vivement aussi de n'avoir pas pu pousser plus loin cette méthode d'exploration), etc., etc.

C'est en procédant ainsi que nous croyons être parvenu à rendre la médecine plus précise qu'elle ne l'avait encore été jusqu'ici, et c'est pour cela que nous désignons sous le nom d'*exacte* la médecine des observateurs qui marchent toujours à la lueur du flambeau de la saine méthode expérimentale.

Il est vrai qu'une telle médecine est un peu laborieuse, et qu'elle exige un grand sacrifice de la chose la plus précieuse, c'est-à-dire du temps. Aussi sommes-nous obligé de consacrer, terme moyen, deux à trois heures à la visite de 40 malades, nombre qui est à peine la moitié de celui dont se compose un service ordinaire de médecin d'hôpital. Ce n'est qu'après avoir ainsi examiné, *visité* attentivement les malades, que le diagnostic et le pronostic sont portés, inscrits en tête de l'observation, et que la prescription thérapeutique est faite (ici il faut bien encore *compter, peser, mesurer, formuler*). A chaque visite suivante, je fais consigner sous ma dictée, dans le registre de la clinique, tout ce qui *survient*, en ayant toujours soin de ne rien négliger de ce qui a été prescrit. Voilà comment nous examinons nos malades et comment nous recueillons les faits. Que penser maintenant de la justice et de la pudeur de ceux qui font planer sur nous le soupçon de ne pas mettre assez de soin dans ce genre de travail ?

Quant à la *classification* des cas contenus dans cet ouvrage, je suis bien loin de la donner comme un modèle. Depuis que le système nosologique de Pinel s'est écroulé sous la juste et puissante main de M. Broussais, aucun autre ne s'est élevé solidement sur ses ruines et n'a obtenu les honneurs de devenir *classique*. J'ai tâché de faire le moins mal possible dans cet ouvrage ; mais je ne donne pas comme définitive la classification suivant laquelle j'ai dis-

tribué les cas observés (1). Je m'occuperai sérieusement de cette grave question dans le *Traité de nosographie* dont la publication doit suivre celle du présent ouvrage. Si, d'ici là, quelques confrères font jaillir de nouvelles lumières sur cette obscure matière, je m'empresserai de les mettre à contribution.

Non content d'avoir classé les cas d'après leur *nature*, il en est plusieurs que nous avons *catégorisés* d'après leurs différents degrés de gravité, opération aussi importante que difficile, et dont on s'est trop dispensé jusqu'ici. De plus, les observations sont *chiffrées* ou *numérotées*, et le nombre total de celles de la même espèce est une donnée importante dont nous avons tenu compte pour le *résumé* que nous en avons fait.

§ II.

Résumés des observations relatives à chaque maladie en particulier.

Je n'ai pas eu la prétention de présenter des résumés tellement détaillés, qu'aucun des rapports sous lesquels une maladie donnée peut être envisagée n'y fût omis. Je me

(1) Comme ces cas ne comprennent pas *toutes* les maladies, le lecteur se gardera bien, je pense, de prendre pour un *cadre général et complet*, celui dont nous avons eu besoin pour cet ouvrage. Je répéterai aussi qu'ayant eu à classer des cas complexes et non des cas simples, il est des maladies qui n'ont pu trouver place dans notre cadre, et qui en exigeraient une dans un cadre général de nosologie. Ainsi, par exemple, nous n'avons point de *classes* pour certaines maladies en quelque sorte mécaniques et physiques, telles que les *dilatations*, les rétrécissements, les solutions de continuité, les adhérences, les corps étrangers, vivants ou non vivants, etc. Cependant, ces maladies existaient chez quelques uns de nos malades; mais comme elles étaient l'effet ou la complication d'autres affections, nous n'avons pu que les indiquer et les décrire à l'occasion de ces dernières. Pour en agir autrement, il aurait fallu faire plusieurs cas d'un seul, et le diviser en quelque sorte en autant de cas secondaires qu'il contenait d'éléments morbides divers, classification impraticable dans un ouvrage tel que celui-ci.

suis borné à des résumés dans lesquels les maladies étaient considérées sous la plupart ou sous quelques uns seulement de leurs principaux points de vue, tels que les conditions individuelles des sujets qui en étaient affectés, l'étendue, le degré, les complications, les causes, les symptômes, le traitement, la durée, la mortalité de ces maladies, points de vue parmi lesquels il en est qui n'avaient été que peu étudiés par nos devanciers.

Quel que soit le rapport sous lequel nous ayons examiné les cas bien comptés que nous avons recueillis sur une maladie, nous avons toujours eu soin de signaler les différences à côté des ressemblances ou des communautés que nous montrait le rapprochement des faits particuliers.

Nous avons toujours circonscrit nos généralisations dans le cercle des faits que nous analysions.

Par cela même que nous avons noté, avec une stricte et scrupuleuse attention, les particularités qui appartenaient à chaque catégorie de cas, ou même à chacun des cas de cette catégorie, le lecteur doit facilement prévoir que la formule générale du traitement a présenté elle-même de très sensibles modifications. Que ceux qui nous accusent d'avoir un traitement toujours identique, sous le point de vue de sa *dose* comme sous le rapport de sa *nature*, dans une maladie donnée, parcourent nos résumés ainsi que nos observations particulières, dont ils sont la pure et vive expression, et ils ne tarderont pas à reconnaître combien une pareille accusation est dénuée de fondement.

Comme, sous le double rapport de la connaissance de la maladie et de l'action des moyens thérapeutiques, les résultats auxquels nous sommes parvenus dans nos résumés n'étaient pas toujours d'accord avec les résultats annoncés par d'autres observateurs, nous avons dû, après avoir établi un parallèle exact entre les uns et les autres de ces résultats, discuter sérieusement la question, et peser dans la

balance de la plus sévère logique les arguments de nos adversaires. Nous avons abordé de si graves discussions avec une franchise et une bonne foi à toute épreuve. Que si nous nous sommes quelquefois exprimé avec un peu de chaleur et d'énergie dans des questions de personnes, nous ne nous sommes néanmoins jamais écarté des règles de la loyauté et de l'urbanité qui doivent régir ces délicates matières ; et plût à Dieu que tous nos adversaires en eussent toujours agi ainsi envers nous !

La plupart de nos résumés sont hérissés de chiffres ; la méthode numérique y a laissé de profondes empreintes. C'est qu'en effet, le meilleur argument qu'on puisse opposer à ceux qui ont été assez malheureux pour s'élever contre l'application éclairée de cette précieuse méthode, consiste à la mettre en pratique. C'est en marchant que le sage démontre l'existence du mouvement. Et, pour ne parler ici que du résumé du traitement, comment aurais-je pu, sans le secours du calcul, déterminer le nombre et la dose des saignées faites à chaque malade dans un temps donné, la *somme totale* de ces saignées chez les individus réunis d'une série, la *moyenne*, le *minimum* et le *maximum* ? Comment, en un mot, formuler une médication quelconque sans aucune opération de calcul ?

Mais ce n'est pas toujours comme élément de précision et de formule que j'ai employé la méthode numérique ; je m'en suis également servi comme d'un instrument de logique, et pour ainsi dire d'une pièce ou d'une arme de conviction, de démonstration. Qu'est-ce donc ici après tout que la logique des chiffres ? Certes, elle est si simple, que toute explication devient superflue. En effet, quel est le médecin qui, pour démontrer les avantages d'un traitement quelconque, n'en appelle au témoignage des faits et de l'expérience ? Or, qu'est-ce que la méthode numérique sinon l'expérience rendue plus *exacte* et plus *positive* ? Qui oserait soutenir que, les mêmes cas étant donnés, de deux mé-

thodes également données, la meilleure n'est pas celle qui guérit constamment un plus *grand nombre* de malades? Et qui oserait soutenir aussi que pour bien connaître le nombre des malades, guéris ou morts sous l'influence de telle ou telle méthode, il est inutile de compter? Par quelle étrange et déplorable inspiration, des hommes auxquels on ne saurait refuser, sous tant d'autres rapports, une haute portée intellectuelle, prenant en quelque sorte une académie de médecine pour une académie de jeux, ont-ils comparé à un jeu de hasard, tel que celui de *dés* et de *croix ou pile*, le calcul des probabilités appliqué à des faits médicaux dont une longue expérience, et non le hasard, nous a enseigné les lois? Comment les mêmes hommes ont-ils mis en opposition la méthode numérique et la méthode de l'induction? Comme si une alliance éternelle ne devait pas toujours régner entre ces deux méthodes; comme si l'induction ne s'exerçait pas plus sûrement sur des faits bien comptés que sur des faits qui ne le sont pas; comme si les vrais partisans de la méthode numérique faisaient consister en elle seule toute la philosophie, toute la logique médicale; comme si, nouveaux pythagoriciens, ils croyaient même à la vertu médicatrice des nombres; comme s'ils ne savaient pas que les indications et les inventions de moyens thérapeutiques, ne relèvent pas du génie des nombres! Faudra-t-il donc répéter cent et cent fois que nous ne demandons à la méthode numérique que les secours qu'elle peut nous donner, et que nous mettons à contribution toutes les autres opérations dont se compose l'entendement humain?

DEUXIÈME SECTION.

Exposition générale de quelques lois ou de quelques faits généraux qui dérivent de l'étude des *phlegmasies aiguës proprement dites*, dont les observations ont été consignées dans la première partie de cet ouvrage (1).

Réflexions préliminaires.

Je suivrai, au fond, dans la composition de cette sorte de résumé général, la même méthode que j'ai suivie dans l'exécution des résumés particuliers des faits relatifs à chaque phlegmasie considérée isolément; je résumerai pour ainsi dire ici ces derniers résumés, ou ces faits généraux, comme j'ai résumé les faits particuliers. Pour y parvenir, je rapprocherai les uns des autres nos divers résumés, et j'en extrairai quelques résultats généraux relatifs à l'étiologie, au diagnostic, aux saignées, à la durée et à la mortalité des phlegmasies (2).

En même temps que j'étudierai les ressemblances, je ferai ressortir aussi les différences les plus essentielles ou culminantes. Je n'oublierai jamais, d'ailleurs, que les abstractions et les généralités, tout importantes qu'elles soient en elles-mêmes, ne deviennent fécondes et réellement utiles en pratique, qu'à la condition de se *particulariser* et de se modifier, selon les innombrables circonstances qui se rencontrent dans les faits individuels ou *concrets*, les seuls qui existent dans la nature, car les faits abstraits et généraux

(1) L'expression de *phlegmasies proprement dites* signifie ici, celles qui ne sont point le résultat d'une cause miasmatique, infectieuse ou contagieuse, telles que la variole, le typhus proprement dit, etc.

(2) Je ne reviendrai pas ici sur les circonstances d'âge, de sexe, de constitution, dont il a été question dans quelques uns de nos resumés relatifs à chaque phlegmasie, et auxquels je renvoie les lecteurs.

n'existent que dans notre esprit qui les crée en quelque sorte avec la substance même des faits particuliers.

Cette réflexion s'applique spécialement aux généralités relatives au traitement. Je sais très bien qu'après avoir cherché et déterminé la *moyenne* du nombre des saignées et de la quantité de sang qu'on a retiré dans un temps donné à une masse de plusieurs centaines d'individus atteints de phlegmasies diverses, on n'a pas appris au lecteur ce qu'il doit faire dans un de ces centaines de cas variés qui peuvent se présenter à lui. Mais, encore une fois, les généralités dont nous allons nous occuper ne sauraient dispenser le praticien de recourir aux résumés et aux faits particuliers relatifs à chaque phlegmasie.

Par cela même que les grandes généralités ne sont que d'un faible secours dans la pratique, nous glisserons assez rapidement sur cette matière. Toutefois, nous ferons en sorte que les principales questions soient nettement formulées, afin qu'elles puissent être bien comprises; nous éviterons par là ces disputes de mots qui fourmillent encore en médecine.

Nous aurons encore à comparer quelques unes de nos propositions générales avec celles de divers auteurs, soit anciens, soit modernes. Nous procéderons à ce parallèle avec toute la fidélité et toute l'attention qu'on est en droit d'exiger de nous, et nous espérons que les lecteurs n'auront pas de peine à choisir entre les doctrines que nous aurons soumises à la discussion.

Le résumé général auquel nous allons procéder nous fournira de nouvelles occasions de recourir à la méthode numérique, surtout quand il s'agira de ce qui concerne le traitement et la mortalité. Quelque fatigante que soit cette méthode, il nous a fallu nécessairement la mettre en pratique; car sans elle il n'y a point de statistique possible, et sans statistique dans un ouvrage tel que celui-ci, il n'y a point de résultats solides et satisfaisants. On verra cepen

dant qu'après avoir exprimé *numériquement* le grand résultat thérapeutique dû à l'emploi de la formule des saignées coup sur coup telle que nous l'employons, nous l'avons reproduit dans des termes généraux, où l'on ne trouve plus la trace des chiffres au moyen desquels nous sommes parvenu *à le préciser*. C'est ainsi qu'on renverse un échafaudage dont on n'a plus besoin.

CHAPITRE PREMIER.

Des causes des maladies aiguës décrites sous le nom de fièvres et de phlegmasies, et des constitutions *dites* médicales.

C'est un principe universellement reconnu, que l'importance de la recherche des *causes* sous l'influence desquelles apparaissent les différentes maladies en général, et celles dont il est ici question en particulier. Depuis Hippocrate jusqu'à nous, il n'est pas un seul observateur de quelque mérite qui ne se soit occupé de la solution de ce grand et difficile problème; mais ce problème a tant d'inconnues, et les méthodes propres à les dégager ont été si long-temps ignorées, qu'il ne faut pas s'étonner si, jusqu'ici, et aujourd'hui même encore, la solution cherchée est trop peu avancée. Certains médecins, il est vrai, s'imaginent trouver dans Hippocrate, Baillou, Sydenham, Stoll, et quelques autres pères de la médecine, une réponse satisfaisante à toutes les questions qu'embrasse l'*étiologie* des maladies en général, et l'étude des *constitutions médicales* spécialement. Malheureusement, quelques uns des médecins dont il s'agit n'ont guère appris la médecine que dans leur cabinet, et ils sortiraient bientôt de leurs illusions s'ils étaient plus familiers avec les méthodes exactes d'observation, et s'ils fréquentaient plus assidûment le lit des malades.

Alors, en effet, ils reconnaîtraient que la détermination des éléments dont se composent les théories des constitutions médicales, ne pouvait être l'ouvrage d'une époque où la physique et la chimie étaient à peine au berceau, et où l'astronomie elle-même ne s'était pas encore complétement dégagée des ténébreuses chimères de l'astrologie. Et l'on voudrait nous faire accepter pour autant d'articles de foi les opinions de cette époque, comme si nous étions encore sous le joug des autorités en matière de médecine !

Au reste, pour se faire une juste idée de l'état précaire de nos connaissances sur l'importante matière qui nous occupe, exposons rapidement les doctrines de quelques uns des auteurs qui sont considérés comme l'ayant le plus approfondie ; et pour ne pas aborder des époques trop reculées, commençons à Sydenham.

ARTICLE PREMIER.

Exposition des doctrines les plus généralement professées sur les constitutions médicales.

---

§ Ier.

Doctrine de Sydenham.

Dans son *Traité sur les maladies aiguës*, cet immortel observateur, après les avoir considérées sous un point de vue général, les divise en *épidémiques* ou *stationnaires*, et en *intercurrentes* ou *sporadiques*. Les premières, selon lui, naissent d'une altération *secrète et inexplicable* de l'air, et disparaissent avec elle (1); les secondes tirent leur origine

(1) « Variæ sunt nempè annorum *constitutiones*, quæ neque calori, neque frigori, non sicco humidove ortum suum debent, sed ab occultâ potius et inexplicabili quâdam alteratione in ipsis terræ visceribus

de telle ou telle *anomalie des corps*, et comme cette cause est moins générale que la précédente, elles n'affectent pas en même temps une aussi grande masse d'individus que les premières, pendant le règne desquelles elles peuvent se manifester, chaque année et à chaque saison de l'année.

Sydenham divise les maladies ou *fièvres* épidémiques en celles qui sont *vernales* et en celles qui sont *automnales*. Aux premières appartiennent la *rougeole*, les *fièvres tierces* vernales, la peste elle-même; aux secondes, le *choléra-morbus*, la *dysenterie*, les fièvres *quartes* et *tierces* automnales, la *variole*.

Dans le chapitre qu'il consacre aux maladies épidémiques, Sydenham commence par signaler la grande diversité d'aspects que ces maladies présentent, et qui, suivant lui, dépend surtout de ce que les *constitutions* des diverses années ne sont pas les mêmes. « *Haud equidem satis scio*, dit-il, *an diligentius examen (quali ritè instituendo vix unius hominis brevis ætas par esse videatur) nos edoceret, epidemicorum alios continuâ quâdam serie, seu facto circulo, alios semper excipere; an vero omnes indiscriminatim nulloque servato ordine, pro occultâ aeris diathesi et inexplicabili temporum ratione, mortales incessere* (1). » Quoi qu'il en soit de ce doute, Sydenham, sur la foi de *nombreuses*

pendent, undè aër ejus modi effluviis contaminatur, quæ humana corpora huic aut illi morbo addicunt determinentque, stante scilicet præfatæ constitutionis prædominio, quæ, exacto demum aliquot annorum curriculo, facessit atque alteri locum cedit. Unaquæque harum constitutionum generalium propriâ ac peculiari sibi febris specie funestatur, quæ extrà illam nusquàm comparet, cujus modi febres idcircò *stationariæ* nobis audiunt. »

(1) Selon M. Risueño d'Amador, la signification des mots *épidémie*, *endémie*, *pandémie*, etc., a varié et varie encore de nos jours, et de là tant de disputes de mots.

Après avoir distingué lui-même les constitutions médicales en *petite stationnaire*, *épidémique*, *catastatique*, il convient que la valeur de ces expressions est encore à déterminer, et il déclare *que l'on ne doit pas s'at-*

et attentives observations, professe que les diverses espèces de maladies indiquées, et surtout les *fièvres continues*, diffèrent tellement (*toto cœlo*) entre elles, qu'avec la même méthode au moyen de laquelle vous aurez guéri les malades l'année courante (*currente anno*), vous les ferez peut-être périr sur la fin de l'année (*anno jam vertente*). Aussi, ajoute-t-il, lorsque j'ai rencontré la méthode que réclame telle ou telle espèce de fièvre, je réussis toujours, jusqu'à ce que cette espèce ayant été éteinte, et une autre se présentant, je m'arrête de nouveau, incertain sur la route que je dois tenir pour soulager les malades. « *Ac proinde, nisi ingenti adhibitâ cautelâ, intentisque omnibus animi nervis, vix ac ne vix quidem possum effigere unus aut alter eorum, qui se primi meæ curæ commiserint, vitâ periclitetur, donec investigato jugiter tandemque perspecto morbi genio ad eundem perdomandum recto pede et intrepidus denuò procedam.* »

Après avoir posé en principe que, dans les années où plusieurs maladies *épidémiques* sévissent en même temps, il en est une qui tient en quelque sorte les autres sous son empire, et qui leur imprime jusqu'à un certain point son génie, il ajoute que la vie d'un seul médecin ne suffirait

tendre à une rigueur plus scrupuleuse dans nos dénominations, que celle qui se trouve dans les faits eux-mêmes.

Quant à la durée de leur règne, les *stationnaires* ont été divisées en *annuelles*, *sémestrales*, etc.

M. Risueño adopte le nom de *catastatique*, pour désigner les maladies qui tiennent à la nature même des qualités atmosphériques actuelles, réservant, avec M. Double, celui *d'épidémiques* pour toutes celles dont les causes ne tiennent qu'aux saisons précédentes, surtout quand elles deviennent à la fois et plus répandues et plus meurtrières.

Raymond voulait qu'on appelât *maladies régnantes générales*, celles dépendantes des saisons précédentes, mais qui ne sont ni meurtrières, ni trop répandues. (*Voy. le Mém. de M. Risueño d'Amador sur cette question : Quels avantages la médecine pratique a-t-elle retirés de l'étude des constitutions médicales et des épidémies? — Montpellier*, 1829.)

peut-être pas pour classer les différentes maladies épidémiques d'après leurs caractères *idiopathiques*, et assigner à chaque espèce la méthode thérapeutique qui lui convient. Pour concourir à l'accomplissement d'un œuvre aussi difficile, je vais, dit Sydenham, livrer au monde savant l'histoire et les traitements des maladies épidémiques qui ont régné à Londres, depuis l'année 1661 jusqu'à l'année 1676 (1).

Quiconque lira attentivement cet extrait de la doctrine de Sydenham, et quiconque surtout lira cet auteur tout entier, reconnaîtra, de bonne foi, que ce n'est là qu'une ébauche bien imparfaite d'un travail que les modernes eux-mêmes n'ont point encore achevé, et qui exige peut-être le concours de plusieurs siècles. Ajoutons qu'il faut bien se garder de considérer comme des vérités démontrées, plusieurs des assertions du grand observateur que nous venons de nommer, et que s'il est une science dans laquelle il ne faille jamais *jurer sur la parole du maître*, c'est surtout la médecine, telle qu'elle était au XVIIe siècle (2).

(1) Dans les vingt chapitres consacrés à cette étude, Sydenham s'est particulièrement occupé de la description et du traitement de ce qu'il appelle la *fièvre continue*, des fièvres intermittentes, de la variole, de la rougeole, de la fièvre pestilentielle et de la peste, du choléra-morbus, de la dysenterie, des coliques bilieuses, des toux épidémiques survenant avec la pleurésie et la péripneumonie.

« Telles sont, dit Sydenham, les espèces de maladies épidémiques que j'ai observées, et tel est l'ordre suivant lequel elles ont régné depuis 1661 jusqu'à la fin de 1675. Quant aux maladies qui suivront, *celui-là seul le sait qui sait tout.* »

(2) Cette opinion était aussi celle de Pinel, comme on peut s'en assurer en lisant le passage suivant de sa *Médecine clinique* :

« Sydenham, nourri profondément de la doctrine des anciens, et doué d'une vigueur rare dans les fonctions de l'entendement, s'ouvre une nouvelle carrière dans la description des maladies épidémiques, et il en admet certaines qui, suivant lui, sont indépendantes des variations dans la température de l'air, et tiennent à une altération cachée et inexplicable de l'atmosphère. *Mais quand on ne veut pas se laisser*

Mais passons à la doctrine du même auteur, en ce qui concerne les *fièvres intercurrentes.* Outre les *fièvres continues* dont il a été question dans les chapitres consacrés aux maladies *stationnaires*, il en est d'autres que Sydenham appelle ainsi intercurrentes, et celles-ci sont, d'après lui : la *fièvre scarlatine*, la *pleurésie*, la *fausse péripneumonie* (1), le *rhumatisme*, la *fièvre érysipélateuse*, l'*angine*; *et fortè aliæ quædam*, ajoute Sydenham.

Sydenham n'hésite point à considérer la fièvre qui accompagne ces maladies comme constituant l'affection primitive, et à regarder les autres états morbides locaux d'où elles tirent le plus souvent leur nom, comme des symptômes variables selon le mode particulier de l'affection primitive, et selon la partie sur laquelle la force de la maladie se rue en quelque sorte, *in quam ruit morbi vis.* Mais, ajoute-t-il, pourvu qu'on s'entende sur la chose, je ne disputerai nullement sur les noms (2).

Cet illustre observateur fait remarquer qu'à l'instar des fièvres *stationnaires*, moins fréquemment à la vérité, les fièvres intercurrentes règnent quelquefois épidémiquement, *epidemicè grassantur.*

Il note que les causes de celles-ci ne sont pas enveloppées

subjuguer par l'autorité des grands noms, peut-on admettre, avec Sydenham, une fièvre stationnaire qui tienne à cette origine, et peut-on mettre de ce nombre surtout la peste, la variole, la dysenterie, qui sont si souvent contagieuses (*)*?* »

(1) La pneumonie *vraie* se trouve comprise dans la maladie désignée par Sydenham sous le nom de *pleuritis.*

(2) Dans ces derniers temps, quelques praticiens ont essayé de renouveler la doctrine de Sydenham, relativement à la *primitivité* de la fièvre dans les maladies qui nous occupent. Malheureusement, ils ont oublié que, quand on a fait choix d'un aussi bon modèle, ce n'est pas seulement par le mauvais côté qu'il fallait lui ressembler.

(*) Ce rapprochement entre la dysenterie, la variole et la peste n'est pas heureux ; en effet, la contagion de la première de ces maladies est aussi douteuse, pour ne pas dire plus, que la contagion des deux autres maladies est certaine.

de la même obscurité que celles des autres, et il dit positivement que la *cause évidente* de ces maladies gît dans l'impression du froid sur le corps préalablement exposé à une forte chaleur; et avec cette énergie de langage qui lui est familière, il ajoute : « *Et sane existimo plures modo jam designato, quam* PESTE, GLADIO *atque* FAME *simul omnibus, perire. Quam ob causam familiares meos semper moneo, ut nullo alio anni tempore quicquam vestium, quibus assuevere, sibi detrahant, nisi mense uno ante solstitium æstivum; nec minoricum studiò eosdem hortor, ut ab exercitio calescentes frigus sedulò evitent.* »

Suivant Sydenham, bien que les maladies qu'il désigne sous le titre d'*intercurrentes*, soient pour la plupart, sinon toutes, des maladies *essentielles*, souvent néanmoins certaines affections qui leur ressemblent sous le rapport des phénomènes surviennent dans les fièvres qu'il appelle *stationnaires*, et en constituent de purs symptômes, *et sunt nuda earum symptomata*. Dans ce cas, dit-il, il ne faut plus recourir à la méthode qui leur convient toutes les fois qu'elles sont *essentielles*, mais bien plutôt à cette méthode que réclame pour elle-même la *fièvre*, dont elles sont pour le moment des symptômes, en ayant soin seulement de l'accommoder légèrement au traitement de ces dernières. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur les moyens que propose Sydenham pour établir une distinction solide entre les affections intercurrentes, dites *essentielles*, et celles qui sont *symptomatiques* (1).

(1) Au reste, Sydenham reconnaît que les diverses fièvres *intercurrentes* dont il s'occupe, doivent leur origine à un état inflammatoire, et que le secret de leur traitement consiste presque entièrement dans la méthode *réfrigérante* et *tempérante*, et spécialement dans un heureux emploi de la saignée. On peut voir comment il s'est conformé à ce précepte dans ce qu'il a écrit sur chacune de ces maladies en particulier, sur la pleurésie et le rhumatisme, par exemple.

§ II.

Doctrine de Stoll.

Rapprochons maintenant de la doctrine de Sydenham sur les causes des maladies aiguës et sur les constitutions médicales, celle de Stoll, observateur non moins célèbre, et qui florissait un siècle environ après l'Hippocrate anglais. Voici le fond des opinions du praticien de Vienne. Stoll n'a pas, à l'imitation de Sydenham, commencé ses recherches par quelques généralités sur les maladies aiguës, spécialement sur leur distinction en *stationnaires* et *intercurrentes*, etc. (1). Il entre immédiatement en matière, et débute par la constitution médicale de 1776 (2).

» Au commencement, dit-il, les inflammations des poumons furent nombreuses. Des pleurésies et des péripneumonies de nature bilieuse les remplacèrent. L'été fut désolé par des fièvres bilieuses, intermittentes, rémittentes, qui variaient dans leurs périodes et dans leurs accidents. L'automne fut précédé et accompagné de dysenteries également bilieuses; et alors les fièvres de l'été se retirèrent peu à peu. Au commencement de l'hiver, les fièvres inflammatoires se montrèrent de nouveau, ainsi que les autres maladies qui appartiennent à la classe des inflammations.

» Voilà donc, pendant le cours de toute une année, tantôt le sang, tantôt la bile qui prédominait, et dans les temps intermédiaires l'un et l'autre qui réunissaient leurs forces

(1) Il faut ne pas oublier ce que Stoll déclare dans sa préface, savoir qu'il s'applique particulièrement à l'étude des maladies populaires, c'est-à-dire de celles qui se montrent le plus généralement, soit dans tous les temps, et en n'observant aucun ordre relativement aux saisons, soit seulement dans certains temps de l'année de préférence aux autres.

(2) Je crois devoir prévenir le lecteur que tous les passages *guillemétés* sont textuellement extraits de la traduction de la *Médecine pratique* de Stoll, par P. A. O. Mahon (Paris, an IX).

et dominaient conjointement! c'est cette double cause qui avait tant multiplié les formes des maladies, que l'on guérissait sans multiplier les remèdes.

» J'ai souvent remarqué avec étonnement, dit Stoll, les formes variées que prenait le caractère des maladies épidémiques pendant le cours de cette année; comment la face de la maladie, son intensité, sa durée, sa terminaison étaient différentes pour chaque individu. Néanmoins, dans cette variété de symptômes d'une seule maladie épidémique, et même dans la succession des diverses épidémies, il existait une certaine simplicité vraiment étonnante, soit quant à *la cause*, soit quant au *traitement* qu'il convenait d'employer. En effet, *cette cause* produit des maladies différentes en apparence, ou plutôt une seule et unique maladie, mais qui en contrefait d'autres, et de très différentes dans les différents sujets, selon que, ou la constitution de l'air, ou la diathèse propre à chaque individu, et qui diffère de tout autre, aura *diversement* appliqué les forces de la *même* cause morbifique. Le traitement se borne facilement à l'usage d'un petit nombre de remèdes simples dont l'expérience a prouvé l'efficacité. »

C'est dans l'histoire de cette *constitution* que Stoll a exposé, avec une rare complaisance, sa doctrine favorite sur la *constitution* qu'il appelle *bilieuse*, et qu'il a insisté sur le rôle que jouait cette constitution dans le développement de la plupart des maladies aiguës, telles que la pleurésie, la péripneumonie, le catarrhe, la dysenterie, le rhumatisme, etc.

» Lorsque je m'étais assuré, dit-il, que la maladie n'était compliquée d'aucune inflammation (1), je commençais le traitement par un vomitif, etc.

» La saignée faisait plus de mal qu'aucun autre remède,

(1) Comme si les maladies ci-dessus indiquées pouvaient exister sans inflammation!

à moins qu'il n'y eût en même temps inflammation (1).

» Les purgatifs furent presque généralement nuisibles.

» Il arriva souvent que l'amas de la saburre dans les premières voies, et son absorption produisaient le mouvement fébrile, duquel résultait la diathèse inflammatoire du sang. On avait alors de plus une véritable inflammation des poumons, ou des muscles, ou des membranes et des tendons, principalement dans les articulations; ce qui formait une maladie compliquée, c'est-à-dire qu'une pleurésie, ou une péripneumonie, ou un rhumatisme, ou la goutte, se joignait à l'affection bilieuse (2); en conséquence, il fallait faire le plus souvent une, et quelquefois deux saignées, pour ne donner le vomitif qu'après avoir affaibli l'inflammation. Quelques uns, et vraisemblablement le plus grand nombre, ne furent soulagés que faiblement et momentanément par la saignée (3), quoique leur sang formât la couenne des pleurétiques (4) et que l'inflammation fût bien réelle; peut-être parce que cette inflammation, n'étant qu'une maladie secondaire, ne pouvait être dissipée qu'autant qu'on expulsait d'abord, par la voie la plus courte, la saburre amassée dans les premières voies, qui occasionnait l'accélération du mouvement des humeurs et leur état de phlogose (5).

« Les modernes entendent par pleurésie et péripneumonie bilieuse, tout autre chose que les anciens, qui appelaient *bile* cette croûte inflammatoire du sang qui est d'un blanc-jaunâtre, et *bilieuses* les maladies qui en pro-

(1) Voy la note ci-contre.

(2) Qu'est-ce que cette affection bilieuse?

(3) Je le crois bien. Ce n'est pas en saignant ainsi qu'on pouvait soulager et guérir.

(4) Un peu plus loin, Stoll dit : *J'attachais peu d'importance à l'inspection du sang, soit qu'il parût avoir de la densité, ou n'en pas avoir, soit qu'il fût couvert ou non, de la croûte inflammatoire.* Certes, on a lieu d'être surpris d'une pareille remarque dans la bouche de Stoll.

(5) Quelle théorie!

venaient. Les modernes donnent ce nom à un appareil de crudités presque toujours d'un goût amer, qui s'est formé dans l'estomac et le premier intestin. Cette humeur est ordinairement amère, quelquefois acide, et même avec un mélange d'austérité; quelquefois aussi elle paraît douce, mais d'une douceur nauséabonde. *Peut-être est-il rare qu'elle provienne de la véritable bile, amassée en plus grande quantité qu'à l'ordinaire. C'est plutôt un amas de matières crues, rassemblées de toutes parts, qui dégénèrent de la manière qui leur est propre, soit à cause de la faiblesse de l'estomac, soit parce qu'elles ont de la tendance à se corrompre* (1).

» J'ai observé très souvent chez les Hongrois, et plusieurs fois sur moi-même, dans des fièvres de toute espèce, vers la fin de l'été et en automne, cet appareil de crudités dans l'estomac, ayant une saveur très acide, austère-acide, brûlant la gorge comme l'acide sulfurique et agaçant les dents. Je croirais que c'est de là qu'est née l'opinion que la bile est de nature acide, et qu'il faut traiter les maladies bilieuses avec des remèdes d'une nature opposée. En effet, on appelait *bile* cette saburre très acide qui n'avait que la couleur de la bile dont elle était teinte.

» D'après mes observations, cette matière avait, au printemps, plus d'analogie avec la bile et était le plus souvent amère; cette année, elle fut rarement épaisse et tenace, mais plutôt délayée, déjà mobile et facilement évacuée par le vomissement, sans faire précéder les délayants; cette disposition est plus rare en été et en automne : la bile est alors épaisse et tenace; elle adhère fortement aux parois de l'estomac, en sorte que si, un jour ou deux d'avance, on ne rend pas mobile, à l'aide des dissolvants, cette matière amassée dans les premières voies, le vomitif produit à

(1) Quel tissu d'hypothèses! quelle déplorable physiologie! et qu'il est fâcheux de voir un observateur tel que Stoll se complaire dans de pareilles conjectures!

peine quelque effet, ou du moins quelque soulagement...

» Cet amas bilieux est le produit ordinaire de la fin de l'été et de l'automne.

» Quoique les maladies bilieuses naissent tous les ans dans le temps que je viens d'indiquer, cependant il survient dans d'autres temps de l'année certaines constitutions (1) qui favorisent la production de certaines maladies.

» Des maladies très différentes, en apparence, de même que leurs symptômes étant ainsi produites par une matière étrangère, séjournant dans les hypochondres, ce sont plusieurs de ces symptômes que je vais passer en revue (ici Stoll parle d'un mal de tête particulier qu'il est tenté d'appeler bilieux, de rapports, de mal de gorge, de pesanteur et de sensibilité de l'estomac, de tension des hypochondres, de borborygmes, de vents, d'une diarrhée légère et spontanée). La maladie augmentait peu à peu, dit-il, et à la fin, ou les malades mouraient, ou ils ne se rétablissaient que très difficilement; mais *si on les saignait, bientôt après tous les symptômes s'aggravaient* (2).

» La matière morbifique affecte peut-être, non seulement les parties qui en sont le siége, mais encore celles qui sont éloignées de celles-ci, et avec lesquelles elles communiquent par une certaine sympathie, dont le mode n'a pas été jusqu'à présent suffisamment éclairci. Si cette explication ne convenait pas, on pourrait regarder comme vraisemblable que des particules de saburre résorbées, irritent et rendent malade, de façon ou d'autre, l'organe sur lequel elles se portent.

» On rencontre fort souvent des pleurésies et des péripneumonies très graves, qui, par l'irrégularité de leurs symp-

(1) Quelles sont les constitutions dont il s'agit? Stoll a d'excellentes raisons pour n'en rien dire.

(2) Où sont les preuves, c'est-à-dire les faits bien observés et suffisamment nombreux, qui démontrent clairement cette assertion?

tômes, par leur longueur, et principalement par les efflorescences miliaires qui surviennent, ne peuvent pas être rangées dans la classe de ces pleurésies et péripneumonies, que Sydenham assurait pouvoir être guéries presque certainement par les seules saignées répétées. Il n'est pas rare de voir des pleurésies, qui, bien loin de s'adoucir par une perte de sang double de celle indiquée par Sydenham, s'aggravent au contraire et se terminent par la mort (1) : c'est ce qui me porte à croire que ces pleurésies rebelles sont de l'espèce de celles que j'ai nommées bilieuses, ou qui sont composées du moins de l'*espèce bilieuse* et de l'*espèce inflammatoire*.

» Qu'on attaque par la saignée une pleurésie bilieuse simple ou même composée (de manière cependant que l'inflammation ne soit que légère et produite secondairement), il arrivera de toute nécessité que le système vasculaire sanguin étant désempli, une plus grande quantité de matière bilieuse, qui a son siége dans l'estomac et dans les intestins, y passera par absorption, que les forces vitales seront affaiblies au point de ne pouvoir chasser ces particules d'une matière étrangère et nuisible, et que la force de l'estomac lui-même, déjà trop diminuée, sera encore plus abattue (2).

» Certainement, on compterait un bien plus grand nombre de victimes de cette méthode de traitement (quoiqu'il en meure beaucoup) si les fautes qui consistent dans toutes ces saignées répétées tant de fois ne se trouvaient corrigées, du moins en partie... (3)

» Les mauvais succès multipliés de cette manière de trai-

(1) Où sont encore les faits bien observés et bien comptés qui prouvent cette grave assertion?

(2) Certes, voilà une base de traitement bien solide! et c'est d'après de pareilles *indications* que l'on propose sérieusement de traiter la pleurésie!

(3) Les preuves, les preuves! toujours de pures assertions.

ter les maladies bilieuses, la firent abandonner entièrement d'un assez grand nombre de médecins, pour en adopter une autre. Dans cette dernière méthode, lorsqu'après une ou deux saignées on voit la maladie faire des progrès, on crie à la malignité et on a vite recours aux antiseptiques... (1).

Stoll termine cette longue dissertation par l'exposition des signes qui peuvent contribuer à former le diagnostic des maladies bilieuses, et à les distinguer de celles qui sont inflammatoires ; mais, ainsi que les observateurs éclairés l'ont prévu d'avance, il s'en faut beaucoup qu'il ait dit quelque chose de satisfaisant à cet égard. Nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage même de Stoll.

Après avoir parlé des pneumonies fausses qui règnent dans le mois de mars, Stoll ajoute :

« Il y eut dans ce même temps d'autres maladies qui accompagnèrent la pneumonie fausse, savoir : des asthmes, des catarrhes, des *avortements fréquents* et des hémorrhagies de matrice qui eurent lieu, soit au moment de l'avortement, soit à l'époque des règles.

« *En employant dans tous ces cas et avec un succès égal le même traitement*, je prouvai que ces maladies, quoique se montrant sous différentes formes, avaient la même origine, et étaient entretenues par la même cause (2).

» J'ignore comment une même matière morbifique produisait le catarrhe chez les uns, et chez les autres, ou l'avortement ou une perte (3) ; mais j'atteste que j'ai guéri sans retour, par la même méthode, des maladies fébriles très différentes en apparence, mais qui avaient lieu dans la

(1) Encore une fois, il n'est pas étonnant qu'on n'ait pas obtenu de succès en employant ainsi la saignée. Mais, en vérité, renoncer aux saignées plus nombreuses pour recourir, en pareil cas, aux anti-septiques, ne serait-ce pas la plus déplorable pratique?

(2) Quelle cause?

(3) Cela est, en effet, aussi difficile à expliquer qu'à comprendre.

même *constitution*, et ne devaient point leur naissance à une de ces causes évidentes qui agissent dans toutes les saisons indifféremment; que cette méthode de traitement, calquée sur la *constitution de l'année*, m'a paru préférable à toutes les autres, et plus expéditive.

» Certes celui-là se trompe lui-même, et se joue en même temps de l'art et de ses malades, qui entreprend de traiter les maladies fébriles, sans être conduit comme par la main par ce guide fidèle : je veux dire la connaissance de la *constitution de l'année* (1). Dépourvu de ce flambeau, il sera égaré par mille formes, mille variétés qu'une *même cause* agissant partout peut affecter.

» Si on n'est pas dirigé par cette *connaissance des constitutions*, on ne sera utile, ni dans le service des armées, ni dans celui de cette nombreuse classe d'individus qui se réfugient dans les hôpitaux civils (2). »

§ III.

Doctrine de Pinel.

Dans un article de cet auteur sur *l'influence des saisons sur les maladies et sur une nouvelle manière de la déterminer avec exactitude*, nous lisons ce qui suit :

« Un hospice habité par plus de 5,000 personnes soumises à une manière de vivre uniforme, habillées et nourries de la même manière, exposées à des affections morales analogues, livrées le plus souvent à une vie sédentaire ou à des exercices bornés, ne peut qu'offrir toutes les chances

(1) Quelle était cette constitution, et comment la reconnaître, et la prendre pour guide, puisque vous ne lui assignez réellement aucun caractère positif et en quelque sorte pathognomonique?

(2) Cette connaissance ne saurait s'acquérir en lisant Stoll, et heureusement assez de faits ont prouvé que ce n'était pas seulement en suivant à la lettre les pratiques de Stoll qu'on était utile soit dans le service des armées, soit dans celui des hôpitaux civils.

les plus favorables à la détermination de la constitution médicale, et des effets particuliers des variations des saisons. Il suffit de tenir un compte exact, mois par mois, des maladies, d'examiner celles qui sont à peu près également fréquentes dans tous les temps de l'année, de noter ensuite celles qui varient, soit pour le nombre (1), soit pour les caractères spécifiques, et de comparer seulement ces dernières avec l'état de l'atmosphère. Ce sera cette correspondance qui donnera proprement le vrai résultat demandé, et fera connaître l'influence des saisons sur la production des maladies, ce qui suppose qu'on détermine celles-ci d'après leurs caractères spécifiques, et qu'on les distribue dans un ordre régulier, en sorte qu'on puisse reconnaître d'un coup d'œil quelles espèces de maladies ont régné dans un temps donné, et le *nombre* de ces espèces (2).

» Au renouvellement des sciences en Europe, un des commentateurs les plus célèbres d'Hippocrate, Baillou, qui a tracé le caractère des maladies qui ont régné en 1571, est loin de se rapprocher de la marche sévère du père de la médecine, puisqu'il rapporte pêle-mêle toutes celles qui ont eu lieu, et que rien n'annonce une influence particulière de l'atmosphère.

» On fait d'abord un dénombrement exact des espèces de maladies qui ont lieu pendant le cours d'un mois, et on continue de même pour le mois suivant. Il était nécessaire de

(1) Voilà bien la *méthode numérique*.

(2) Encore la *méthode numérique*.

Dans ses *tables nosologiques*, Razous a employé une méthode qui ne diffère point de celle justement recommandée ici et un peu plus loin par Pinel. En effet, après avoir marqué mois par mois les diverses variations atmosphériques, et en avoir construit des tables, Razous a soin de mettre en opposition d'autres tables purement médicales, dans lesquelles il dispose en colonnes l'indication des classes des maladies qui avaient régné, le *nombre* des malades soumis au traitement; le *nombre* de ceux qui étaient guéris, de ceux qui étaient morts, ou enfin de ceux qui étaient encore en traitement dans l'hôpital où il exerçait la médecine.

débuter par un dénombrement exact des espèces de maladies qui avaient lieu dans les infirmeries les premiers jours de vendémiaire. Parcourant successivement les lits des diverses salles, je construisais une table *synoptique* composée de trois colonnes verticales : dans la première de ces colonnes était le numéro du lit, dans la seconde le nom spécifique de la maladie, et dans la troisième l'indication de l'espèce et du genre, rapportés à mon tableau général de nosographie. A la fin de chaque semaine du mois de vendémiaire, je notais les nouvelles espèces de maladies survenues dans l'infirmerie, et par une simple addition, j'obtenais le nombre total des espèces qui avaient existé dans les infirmeries pendant le mois indiqué. Nouveau recensement des maladies au commencement de brumaire, pour donner une juste idée du mouvement de l'infirmerie par la sortie des malades guéries et l'entrée de nouvelles ; *compte exact* de celles qui étaient entrées durant chaque semaine, et, par une nouvelle addition de celles qui étaient entrées durant tout le mois : dès lors il était facile de dresser un tableau comparatif du trimestre d'automne (1).

» Je viens maintenant à la méthode de tirer par induction le caractère d'une constitution médicale, celle, par exemple, des mois de vendémiaire et de brumaire de l'an VIII. D'après la table synoptique que j'en ai dressée, j'aperçois d'abord qu'à mesure qu'on s'éloigne de l'été, qui est en général si favorable aux affections gastriques, il y a une diminution très marquée des fièvres de cet ordre. Ainsi, on observe *trois fois* moins d'embarras gastriques en brumaire qu'en vendémiaire; on remarque au contraire que l'ordre des fièvres muqueuses ou adéno-méningées a prévalu en brumaire. Le catarrhe pulmonaire a été aussi plus fréquent en s'avançant dans l'automne, ainsi que la péripneumonie. Or, ce résultat s'accorde, en général, avec le relevé des

(1) On peut voir ce tableau à la fin de la *Médecine clinique* de Pinel.

observations météorologiques, puisque l'on a compté quatorze jours pluvieux en fructidor, et dix-sept en vendémiaire ; que dans le premier mois le vent du sud ou du sud-ouest a soufflé avec trs p eu d'interruption, ainsi que les vents du sud, du sud-ouest et de l'ouest, en vendémiaire ; que la chaleur moyenne, au thermomètre de Réaumur, avait été de 12° en fructidor et de 10° en vendémiaire; qu'en un mot, l'un et l'autre mois avaient été pluvieux et d'une température moyenne : d'un autre côté, les fièvres gastriques ont été en diminuant, et les fièvres muqueuses, ainsi que les catarrhes, en augmentant en nombre. On ne peut donc méconnaître une certaine correspondance entre l'état de l'atmosphère et la nature des maladies régnantes, ce qui forme en général le caractère de la constitution médicale de cette partie du trimestre qui s'est soutenue le mois de frimaire, et qui est proprement ce que les auteurs anciens et modernes ont nommé constitution *pituiteuse* ou *muqueuse* (1).....

» Il est facile de surabonder en explications sur les rapports réciproques du caractère des maladies régnantes dans certaines saisons, avec l'état de l'atmosphère ; mais à mesure qu'on cherche à approfondir les vrais fondements de ces rapports, on sent avec quelle réserve extrême il faut procéder dans ce jugement et dans les raisonnements qui peuvent en naître. L'état de l'atmosphère des mois de fructidor et de vendémiaire de l'an IX a une grande analogie avec celui des mêmes mois durant l'an VIII. Malgré quelques légères variétés, il semble qu'on doit regarder comme chaude et humide la constitution atmosphérique de l'automne de l'an IX, ainsi que celle de la même saison dans

(1) Quel langage ! n'est-il pas étonnant de le trouver dans la bouche d'un homme aussi profondément ami de l'exactitude et de la clarté? mais qui n'a jamais payé son tribut aux erreurs de son siècle? Un peu plus loin, et comme pour se purifier en quelque sorte, Pinel s'élève contre « la *théorie de Plenciz sur sa prétendue pituite qu'il fait errer et voyager dans différentes parties du corps avec une espèce d'intention hostile.*

l'an VIII, et ne serait-on point porté à en conclure qu'on devrait retrouver le même caractère dans les maladies régnantes des deux trimestres? Mais l'observation donne un tout autre résultat, comme on peut s'en assurer en parcourant la table que j'ai dressée pour l'automne de l'an IX. (*Voy.* cette table dans l'ouvrage de Pinel.)

» On aperçoit, en effet, que les embarras gastriques se sont soutenus et ont été très fréquents pendant les deux mois de fructidor et de vendémiaire de cette année, ce qui est un résultat différent de l'an VIII. Autre différence remarquable, c'est que les fièvres muqueuses, intermittentes, rémittentes ou continues, n'ont point eu lieu comme en l'automne de l'an VIII; d'un autre côté, les catarrhes, soit simples, soit gastriques, ont beaucoup dominé durant l'un et l'autre mois... On voit donc que la constitution médicale a été très peu marquée en automne, an IX, et qu'elle a eu très peu de ressemblance avec celle de l'année précédente, pendant qu'en ne faisant attention qu'à l'état de l'atmosphère, on aurait pu conclure qu'elle lui était analogue. Que doit-on donc penser de ces légères esquisses de constitutions médicales, qu'on n'a cessé de publier depuis plus d'un demi-siècle, et dans lesquelles les auteurs pensent voir très clairement, et sans aucun doute, la correspondance qui existe, dans certaines saisons, entre le caractère des maladies régnantes et l'état de l'atmosphère?

» L'art de trouver la vérité, c'est-à-dire de découvrir de nouveaux rapports, sera de comparer entre eux, non seulement les objets qui sont le plus analogues, mais encore ceux qui offrent un grand nombre de dissemblances. S'il est donc utile de rapprocher la constitution médicale d'un automne avec celle de l'automne d'une autre année, il ne l'est pas moins de comparer sous ce même point de vue l'automne avec le printemps de la même année, ou avec le printemps d'une année différente. Cette dernière saison (an IX) a d'ailleurs l'avantage d'indiquer une correspon-

dance plus directe entre le caractère des maladies régnantes et l'état météorologique de l'atmosphère.... On n'a pu méconnaître une coïncidence frappante entre les phlegmasies qui se sont manifestées durant cette saison, et la prédominance, ou plutôt les fréquentes alternatives des vents du nord ou du nord-est; les catarrhes ont été fréquents, surtout en germinal. Il s'est manifesté *trois* pleurésies simples et *une* pleurésie gastrique en floréal et en prairial. *Cinq* péripneumonies ont eu lieu en germinal, et *deux* les mois suivants; *deux* péripneumonies gastriques, *sept* péripneumonies gastro-adynamiques, et *une* maladie de la même nature, compliquée avec une fièvre ataxique... Qu'on jette maintenant un coup d'œil sur la table météorologique du trimestre, on apercevra que si les vents du sud, du sud-ouest ou d'ouest ont prédominé en fructidor, les vents du nord, du nord-est ou du nord-ouest ont repris leur empire les mois suivants... J'omets ici de parler des fréquentes vicissitudes de la température, qui offre quelquefois plusieurs degrés de différence en comparant l'état du thermomètre le matin, à midi et le soir; *ce qui devient une autre source fréquente de phlegmasies* (1). Quelque difficile qu'on soit dans son jugement, quelque répugnance qu'on ait, en général, à admettre une correspondance marquée entre le caractère des maladies régnantes et l'état de l'atmosphère, on ne peut méconnaître ces rapports de coexistence pour le trimestre du printemps de l'an IX, puisque les deux objets de comparaison sont manifestes aux sens, que la nature de l'un est telle qu'elle ne peut manquer d'exercer sur l'autre la plus grande influence, et qu'il ne s'agit nullement de

(1) Comme Hippocrate, Sydenham, et plusieurs autres excellents observateurs, Pinel pose en fait et non en question l'influence des grandes alternatives de chaud et de froid sur le développement des phlegmasies (pour plus d'exactitude, il aurait fallu spécifier les phlegmasies dont le développement se rattache à la circonstance indiquée, et c'est ce qu'a fait Pinel dans un passage que nous citerons un peu plus loin).

qualités invisibles, et d'altérations inexplicables de l'atmosphère (1).

» Il serait facile de confirmer cette induction naturelle par le tableau du trimestre du printemps de l'an VII, et l'état comparatif des maladies régnantes et des variations atmosphériques. Jamais ce qu'on appelle une constitution inflammatoire ne s'est tracée avec des caractères plus marqués que durant cette saison. Mes journaux d'observation attestent qu'en germinal on avait désigné *huit* péripneumonies et *sept* catarrhes... Il a régné aussi, en floréal de la même année, *neuf* péripneumonies et *sept* en prairial, sans compter les catarrhes qui eurent lieu durant les mêmes mois (2). Or, l'état de l'atmosphère du trimestre entier porte si manifestement les caractères qui disposent à ces phlegmasies, qu'il suffit d'en rapporter quelques faits principaux. En germinal, on avait remarqué un grand nombre d'alternatives entre les vents du nord et du sud, ou bien de ceux qui participaient de ces directions. Durant ce mois, il était tombé *une* fois de la neige et *trois* fois de la grêle; on avait compté aussi *quinze* jours de pluie : la comparaison de ce mois avec le suivant n'offrit point non plus de grandes différences, puisque dans ce dernier on avait compté *quinze* jours de pluie, *onze* jours de vents du nord, des alternatives fréquentes de ces derniers avec les vents du sud, sud-est ou

(1) C'est à la saine expérience que nous sommes redevables de la vérité signalée ici par Pinel. Mais nous n'avons point encore déterminé comment la *nature de la condition atmosphérique dont il s'agit est telle qu'elle ne peut manquer de produire certaines phlegmasies*. Nous ne connaissons que le fait, l'explication *réelle* viendra plus tard.

(2) Ici, comme dans plusieurs autres endroits où Pinel emploie la méthode numérique, il ne suffisait pas d'indiquer le chiffre des cas observés; il fallait analyser exactement ces cas, et montrer que, toutes les autres circonstances étant les mêmes sur deux séries égales de malades dont l'une avait été soumise aux influences ci-dessus indiquées, tandis que l'autre en avait été affranchie, la première avait présenté telle ou telle maladie en nombre, 2, 3. 4..... fois plus considérable que l'autre.

sud-ouest, et un jour de neige. Faut-il donc s'étonner de la fréquence des phegmasies de la poitrine, qui ont une si grande correspondance avec les variations brusques et les changements de température de l'atmosphère (1)?

»Le désir naturel à l'homme, de trouver de nouveaux rapports entre les objets, un certain penchant à établir une correspondance marquée entre des effets simultanés dont on recherche la cause, la facilité de s'étayer d'explications plus ou moins ingénieuses et de raisonnements spécieux, ont dû faire admettre que les changements brusques dans le poids de l'atmosphère devaient être suivis de quelques accidents inattendus dans l'économie animale; de là une suite de faits consignés dans des journaux de médecine, à différentes époques, sur des changements brusques dans le poids de l'atmosphère pendant les années 1757, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, etc., et sur les maladies qu'on a prétendu en avoir été la suite, comme des morts subites, des vertiges, des apoplexies, des fluxions, des rhumatismes, des accès d'épilepsie, la manie, etc. (2)... Depuis plus de *six* années, j'ai omis peu d'occasions de noter les ascensions et les abaissements brusques du mercure dans le baromètre, et de les comparer avec les maladies régnantes dans les infirmeries, et surtout avec les apoplexies qui se sont manifestées, et j'avoue que le résultat n'est nullement propre à lever mes doutes. Je trouve dans mes notes d'observations des ascensions de mercure de *six*, *sept* ou *huit* lignes, survenues durant une journée, sans qu'aucune apoplexie ait eu lieu, et réciproquement des époques fécondes en apoplexie, sans avoir observé des changements

(1) L'assertion de Pinel, conforme à l'opinion d'Hippocrate, de Sydenham et de tous les grands observateurs, n'a, que je sache, trouvé que deux incrédules, savoir, MM. Chomel et Louis, lesquels professent, le premier du moins, que les phlegmasies dont il s'agit sont *spontanées*.

(2) La *Météorologie appliquée à la médecine*, par Retz, ouvrage qui a remporté le prix à l'académie de Bruxelles, en 1776.

remarquables dans la pesanteur de l'air. Il en a été de même des abaissements subits du mercure. »

Après avoir dit combien il est difficile de déterminer, dans une constitution médicale donnée, quelles sont, entre les diverses maladies observées, celles qui peuvent correspondre à telle ou telle modification de l'air atmosphérique, considérée isolément, comme la diminution ou l'augmentation de sa température, l'augmentation ou la diminution de sa pesanteur, l'augmentation ou la diminution de son humidité combinée, soit avec la chaleur, soit avec le froid, son altération par certains miasmes dont on ignore la nature et l'origine; après avoir rappelé les expériences peu probantes qu'il avait faites dans son service, pour déterminer quelle serait l'influence des conditions atmosphériques sur les exacerbations et les rémissions d'un certain nombre de maladies, soit aiguës, soit chroniques; après avoir signalé en passant la vicieuse méthode dont on s'était servi jusque là pour tracer le caractère d'une constitution médicale, et fait ressortir les avantages de sa propre méthode dans un hospice tel que celui de la Salpêtrière, Pinel termine ainsi :

« Je suis loin de vouloir donner l'exclusion à des recherches de la même nature, étendues à une ville entière ou à une région quelconque, pourvu qu'on commence par s'occuper des localités, et qu'on étudie avec soin les maladies qui peuvent dépendre de cette source. C'est en donnant un pareil essor à l'esprit d'observation qu'on peut chercher à saisir les rapports de l'homme avec la marche générale de la végétation, l'époque de la germination, de la floraison et de la maturité des fruits, les irrégularités de la récolte, l'apparition des insectes et les ravages qu'ils peuvent exercer, le départ ou le retour des oiseaux de passage, les maladies des animaux domestiques, tous les phénomènes, en un mot, de la nature vivante et organisée, considérée relativement à la santé de l'homme. (*Méd. cliniq.*, *pag.* 455, 3*e* *édit.*)

§ IV.

Discussion des arguments présentés assez récemment à l'appui de quelques unes des doctrines de Sydenham et de Stoll.

Un journal de médecine (la *Gazette médicale*) s'est constitué le zélé défenseur, ou plutôt le défenseur exagéré de certaines idées de Baillou, de Sydenham et de Stoll, relativement à l'influence que doit exercer la constitution médicale sur le traitement des maladies intercurrentes en général, et de la pneumonie en particulier. Qu'il me soit permis de rappeler brièvement ici une discussion que j'ai soutenue contre le journal indiqué, à une époque où j'étais chargé de la rédaction du *Journal hebdomadaire* (1).

Dans l'une des séances de l'Académie royale de médecine, j'avais posé cette question, savoir :

La détermination précise des constitutions médicales, dont les unes, suivant M. Bousquet et la Gazette médicale, exigaient, sous peine de mort, que la pneumonie fût traitée EXCLUSIVEMENT *par les émétiques; les autres, que cette maladie fût combattue* EXCLUSIVEMENT *par les saignées; d'autres, enfin, que les vésicatoires fussent employés* EXCLUSIVEMENT *contre cette même maladie.*

Après avoir déclaré que j'avais bien posé la question, la *Gazette* ajoute : qu'on trouve la réponse à cette question dans *Baillou*, *Sydenham* et *Stoll*. « Nous savons aujourd'hui, dit-elle, qu'il a régné certaines épidémies de pneumonies malignes, dans lesquelles, au rapport de Baillou, la saignée tuait immédiatement les malades. »

Il est fâcheux qu'on ne nous dise pas ici à quelle *constitution médicale* répondait cet étrange et homicide effet des saignées dans la pneumonie, à quels signes on pouvait reconnaître cette singulière constitution.

(1) Voy. le tom. X du *Journal hebdomadaire*, janvier 1833 ; et le n° 8 de la *Gazette médicale* pour le même mois.

La *Gazette* rappelle que Sydenham était réduit à sacrifier quelques malades pour le salut de ceux qu'il devait traiter plus tard. En définitive, elle nous enseigne que *les indications à telle ou telle modification thérapeutique, fournies par les constitutions médicales différentes, se tirent d'abord et en général de l'expérience, et ensuite de la connaissance des diverses constitutions décrites par les auteurs, connaissance qui entraîne avec elle celle du traitement que l'expérience a montré le plus convenable.*

L'application de cette règle est malheureusement un peu difficile, car on chercherait vainement dans les auteurs la *description exacte des constitutions* dont on parle, et la preuve que tel traitement vanté était réellement le plus convenable, surtout quand on réfléchit qu'une seule et même constitution médicale étant donnée, des traitements fort différents sont employés par divers médecins, dont chacun prétend que le traitement dont il a fait choix est *réellement* le plus convenable *à la constitution médicale régnante.*

Il faut donc en appeler, non pas à l'expérience du passé, qui est insuffisante, mais à une expérience nouvelle, c'est-à-dire à des faits bien observés, bien analysés, bien comptés et assez nombreux pour entraîner la conviction, pour avoir force de loi. Mais, hélas! en procédant ainsi, on fait de la statistique, on a recours au calcul, et le journal dont nous nous occupons s'est hautement déclaré l'ennemi de la méthode dont il s'agit.

Ils ne voient pas, ces aveugles partisans de la doctrine que nous discutons, que Baillou, Sydenham, Stoll, etc., ne pouvaient pas, quel qu'ait été leur génie, résoudre l'immense problème des constitutions médicales, puisque sa résolution suppose accomplie celle de plusieurs autres problèmes de diagnostic et de thérapeutique, tout-à-fait insolubles à l'époque où brillèrent les grands observateurs que nous venons de nommer.

Que la *Gazette* vienne, après Stoll, répéter jusqu'à sa-

tiété qu'il y a des *pleurésies et des pneumonies d'une nature toute différente des pneumonies et des pleurésies inflammatoires*, nous n'avons rien autre chose à lui répondre, sinon que c'est étrangement abuser des mots que de donner aujourd'hui ceux de pleurésies et de pneumonies à des maladies d'*une nature toute différente des pneumonies inflammatoires*, et qu'il ne faut pas s'étonner si le même traitement ne réussit pas, et dans des pneumonies qui sont inflammatoires, et dans des pneumonies qui sont d'une nature toute différente. Qu'après avoir adopté un langage si clair et si logique, la *Gazette* prétende ensuite que, sous l'influence toute-puissante des *constitutions médicales*, Sydenham, Dehaën, Stoll, etc., aient guéri des maladies du même nom par des moyens différents ou même opposés, cela signifierait tout au plus, si cela signifiait réellement quelque chose de positif, que ces praticiens ont guéri par des moyens divers des maladies également diverses, et qu'ils avaient eu tort de désigner sous le même nom. Mais que penser de ceux qui ne voient dans tout cela que le doigt de la constitution médicale ? Sydenham guérit par les saignées les pleurésies des années 1665 et 1666 : *la constitution médicale!* Il guérit celle des années 1673, 1674 et 1675, en saignant moins copieusement, et dans celle-ci les *vésicatoires à la nuque font merveille, dites-vous* : *la constitution médicale!* Dans d'autres cas, Sydenham se loue des purgatifs : *la constitution médicale! toujours la constitution médicale, rien que la constitution médicale!*

Ils s'abusent étrangement ceux qui croient être les représentants de l'ère médicale actuelle, en nous disant ainsi que, grâce à la constitution médicale, les vésicatoires à la nuque font merveille dans certaines pleurésies, et que, dans certaines autres, les *saignées tuent immédiatement les malades!* Qu'il y ait des pneumonies et des pleurésies différentes entre elles par la cause qui les engendre, par leur intensité, par leur mode de terminaison, par les com-

plications dont elles peuvent être accompagnées, etc., etc., certes c'est là une vérité qui ne sera contestée par personne. Nul ne niera non plus qu'il ne faille *modifier* le traitement de cette maladie, selon les diverses circonstances qui viennent d'être signalées, et selon d'autres encore. Mais qu'une pneumonie, sans cesser d'être réellement une pneumonie, puisse être ainsi combattue avec succès, par les moyens les plus opposés, sous l'influence de ce *je ne sais quoi*, auquel vous donnez, faute de mieux, le nom de *constitution médicale*, c'est là une de ces graves hérésies qu'on ne saurait trop relever. Suivant M. Rizueño : « Les » *mêmes* maladies, quoique portant le *même* nom, n'ont » pas à beaucoup près la *même nature* dans chaque saison. » Une dysenterie pourra être inflammatoire au printemps » et catarrhale en automne. L'étude des constitutions est » donc de la plus haute importance dans la médecine pra- » tique ; et lorsqu'on voit apparaître sur la liste des maladies » régnantes les *mêmes* noms qui figuraient déjà dans celle » de la saison passée, il ne faut pas croire avoir affaire aux » *mêmes* affections. » (*Mém. cité.*) Quoi ! vous admettez une différence de *nature* dans une maladie qui règne au printemps, et dans une autre qui règne en automne, et vous les désignez toutes les deux sous un seul et même nom ! Et si ces deux maladies n'en constituent véritablement qu'une seule, quant à la nature, vous enseignez que la différence de constitution veut qu'on la traite d'une manière tout-à-fait contraire, selon qu'elle sévit en automne ou au printemps ! Quelle théorie et quelle pratique, bon Dieu !

Que si vous faites à cette doctrine vraiment barbare des constitutions médicales des objections insolubles ; que si, surtout, vous faites éclater à tous les yeux l'incompétence de ceux qui, du fond de leur cabinet, et non du lit des malades, se jouent à bâtir sur le sable mouvant des suppositions leur théorie des constitutions médicales, pour réponse vraiment péremptoire, ils vous prouveront *en trois points :* 1° *que*

vous êtes médecin physiologiste; 2° que vous ne pouvez par conséquent admettre ni comprendre l'importance thérapeutique des constitutions médicales; 3° que pour les mêmes raisons vous n'avez pu comprendre, et n'avez pas compris la GAZETTE MÉDICALE.

Ils ajouteront, avec une profondeur et une sagacité d'observation qu'on ne saurait trop admirer : *Cette indication* (celle fournie par la constitution médicale) *n'est pas toujours écrite au front des malades, comme sur l'écriteau banal de la doctrine de M. Bouillaud; mais l'expérience, à défaut de caractères précis, tirés de la connaissance des constitutions médicales antérieures, suffit pour établir cette indication. Ainsi, lorsque Sydenham avouait que les premiers malades qu'il avait à traiter étaient quelquefois sacrifiés au salut des derniers, il voulait dire que, s'en rapportant à l'expérience sur la route qu'il devait suivre, ce n'était quelquefois que par des essais malheureux qu'il apprenait à distinguer le bon chemin du mauvais. La différence qu'il y a entre Sydenham et les médecins physiologistes, comme M. Bouillaud, c'est que Sydenham ne tuait que ses premiers malades, et que M. Bouillaud, s'il reste fidèle à sa doctrine sur le* FOND *et la* FORME *des maladies*, DOIT LES TUER TOUS (1).

Voilà les preuves sans réplique qu'on apporte à l'appui de ses tranchantes assertions sur l'*importance thérapeutique des constitutions médicales!*.

Quoi qu'il en soit, nous terminerons en faisant remarquer que les résultats de cinq années d'*expérience exacte*, tels qu'ils sont exposés dans cette *Clinique*, ne tendent heureusement à rien moins qu'à confirmer les sinistres inductions de la *Gazette médicale* relativement à notre pratique, et ils attesteront au besoin que les malades que *nous devions tuer* (d'après la logique de ce journal) *se portent à merveille.*

(1) *Gaz. médic.*, n° du 2 mars 1833, pag. 174.

ARTICLE II.

Inductions étiologiques qui dérivent de nos propres recherches sur les phlegmasies aiguës.

Ce n'est pas d'après les faits recueillis pendant un seul semestre dans un service de 40 malades, que l'on peut proposer quelques vues générales sur les constitutions médicales. Mais en repassant attentivement dans mon esprit tout ce que j'ai observé depuis une période d'environ vingt-quatre à vingt-cinq années, je n'y trouve absolument rien qui soit propre à confirmer quelques unes des principales opinions précédemment rapportées sur la question des constitutions médicales. Pendant cet espace de temps, des maladies plus ou moins graves ont régné *épidémiquement :* tels sont le typhus de 1814, la variole de 1824, le choléra dit asiatique, de 1832 (1), la grippe de cette année (1837) (2), etc. Le typhus et la grippe ont apparu au milieu de conditions hygiéniques particulières, qui rendent un compte assez satisfaisant de cette double épidémie. Il n'en est pas de même de la variole, et surtout du choléra dit asiatique, sorte d'astre ou de comète pathologique dont l'influence homicide surpasse celle de la peste elle-même. Assurément la cause essentielle de cette fatale maladie est un des plus grands mystères dont l'étude puisse occuper l'esprit humain.

Quelle qu'ait été la *constitution* sous l'influence de laquelle ait apparu une épidémie, je n'ai point vu qu'elle eût changé la nature des maladies aiguës intercurrentes, à un point tel que leur traitement dût être essentiellement différent de ce qu'il était sous une autre constitution, et que, par exemple, une pleurésie ou une pneumonie qui sous cette

(1) Voyez notre *Traité pratique, théorique et statistique du choléra-morbus de Paris*. Paris, 1832. in-8°.

(2) Voyez *Bulletin de l'Académie royale de médecine*. t. Ier, p. 415 et suiv.

dernière constitution guérissait par les saignées bien administrées, s'aggravait par ce moyen employé sous l'empire de l'autre constitution, pour céder, comme par enchantement et *exclusivement*, à l'emploi *des émétiques ou des vésicatoires* (*ceux-ci eussent-ils été appliqués à la nuque*, suivant la remarque vraiment curieuse d'un des anciens rédacteurs de la Revue médicale). On a bien voulu soutenir le contraire, et je n'ignore pas que, tout récemment encore, à l'occasion de la grippe épidémique, on a proclamé que les saignées ne réussissaient pas comme à l'ordinaire, et devaient être employées avec une grande sobriété dans le traitement des phlegmasies intercurrentes, et spécialement dans celui de la pneumonie. J'ai pour mon compte répondu dans le temps à cette assertion, et je l'ai réfutée comme il convient, c'est-à-dire en publiant le relevé des pneumonies que j'avais traitées par la méthode des saignées coup sur coup. Il résulte de ce relevé que, sur 16 malades, nous en avons guéri 14. La mortalité a donc été de 1 sur 8, c'est-à-dire la même que chez les pneumoniques traités par la méthode indiquée sous le règne de *constitutions* différentes.

Quant à cette *fièvre continue stationnaire* dont parle Sydenham, je partage à ce sujet le doute exprimé plus haut par Pinel, et je crois qu'on peut, sans crainte de se tromper, affirmer que la *constitution* à laquelle l'Hippocrate anglais attribuait cette maladie est purement *imaginaire*. Il y a plus, c'est que la plupart des maladies que Sydenham considérait comme *stationnaires* méritaient bien plutôt le titre d'intercurrentes, tandis que, par contre, plusieurs de celles qu'il appelle intercurrentes, telle que la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, etc., sont de véritables maladies *stationnaires*, lesquelles, toutes choses étant d'ailleurs semblables, règnent toutefois en nombre plus ou moins considérable, suivant les saisons, et selon les variations de ces saisons.

Mais c'en est assez sur ce sujet. Je terminerai ce chapitre ne rappelant au lecteur ce que l'observation nous a fait con-

naître touchant les causes déterminantes de quelques phlegmasies aiguës ordinaires, de celles que Sydenham appelle *intercurrentes* (1). Ces phlegmasies, dont nous avons plus spécialement étudié les causes, sont l'entéro-mésentérite, la pleuro-pneumonie et le rhumatisme articulaire aigu.

La grande conséquence à tirer de la récapitulation des 50 cas d'entéro-mésentérite que nous avons rapportés, c'est que, dans l'immense majorité de ces cas, les malades ignoraient les causes de leur maladie. Dans les 27 cas où la maladie fut grave, quatre sujets seulement parurent la rapporter à un vice ou à une imprudence de régime.

Il reste donc beaucoup à faire sur ce point de l'histoire de l'entéro-mésentérite. Toutefois, je ne puis m'empêcher de croire que l'*acclimatement* et les nouvelles conditions de régime auxquelles se trouvent soumis les jeunes gens qui affluent annuellement à Paris, jouent un rôle très important dans le développement de l'entéro-mésentérite qui sévit sur eux. Quant aux autres influences qui secondent celle que je viens de signaler, je placerai au premier rang la saison d'été. En effet, les recherches que j'ai faites en grand, soit dans les hôpitaux, soit au Bureau central, conformes à celles d'autres observateurs, m'ont démontré, contradictoirement à l'opinion de quelques médecins, que, toutes choses d'ailleurs égales, cette saison est plus riche en cas de ce genre qu'aucune autre saison de l'année.

Les faits dont j'ai été témoin ne me permettent pas d'admettre que cette maladie puisse se communiquer par voie de contagion.

(1) Ce n'est pas sans étonnement qu'on voit Sydenham placer la scarlatine parmi les maladies de ce genre, tandis qu'il met au rang de celles qu'il appelle *épidémiques stationnaires*, les coliques bilieuses, la dysenterie, le choléra ordinaire. Comment un observateur aussi judicieux a-t-il pu séparer la scarlatine de la rougole et de la variole pour l'accoupler avec le rhumatisme et la pleurésie? Comment, au contraire, a-t-il pu placer à côté de la peste et de la variole, la dysenterie, au lieu de la réunir aux phlegmasies intercurrentes?

Parmi les 26 cas de pleuro-pneumonie que nous avons rapportés, il en est 16 dans lesquels on a noté expressément que cette maladie s'est déclarée sous l'influence de grandes et brusques alternatives de chaud et de froid. Dans 5 autres cas, il paraît infiniment probable que la maladie s'était déclarée sous l'empire de la même cause déterminante. Dans 5 cas, rien ne fut noté sur la cause.

Ce résultat ne différant point notablement de celui que m'a fourni l'interrogation de 152 autres péripneumoniques mentionnés dans cet ouvrage, et de tant d'autres que j'ai eu occasion d'interroger, soit au Bureau central, soit dans les hôpitaux où j'ai été employé avant mon professorat, je n'hésite point à considérer l'impression brusque du froid sur le corps, quand celui-ci surtout a été préalablement exposé à une forte chaleur, et mis dans un état de sueur, comme la cause la plus puissante et la plus ordinaire de la pleuro-pneumonie. Or, puisqu'il en est de même de la pleurésie, de la bronchite, de l'angine, tant laryngée que pharyngienne, de la péricardite, de l'endocardite, du rhumatisme articulaire et de quelques autres phlegmasies aiguës, je répéterai, avec Sydenham, d'accord en cela avec Hippocrate, comme avec tout ce que les différents siècles ont produit de vrais observateurs; je répéterai, dis-je, *que la cause dont il s'agit a fait périr plus de monde que la peste, la guerre et la famine réunies.* Et l'une de mes grandes surprises, c'est de voir la puissance de cette cause révoquée en doute par M. Chomel, lequel donne aux phlegmasies aiguës dont il vient d'être question tout à l'heure, le nom de *spontanées*, voulant indiquer par là que leur cause déterminante échappe à notre investigation (1).

(1) Je n'ai rien à récapituler ici sur l'influence des saisons dans le développement des maladies considérées, soit sous le rapport de leur fréquence, soit sous celui de leur nature. Le Bureau central est une admirable institution pour la solution des questions dont il s'agit. Mais pour retirer des recherches faites sur cet objet tout le fruit qu'on a droit d'en

CHAPITRE II.

Considérations générales sur les signes et le diagnostic des phlegmasies aiguës.

Tous les signes au moyen desquels nous avons diagnostiqué les diverses phlegmasies peuvent se partager en deux grandes catégories, sous le titre de signes *locaux* et de signes *généraux*.

§ Ier.

Première catégorie de signes.

Les signes locaux sont de deux espèces.

Les uns sont communs à toutes les phlegmasies, tels que la rougeur, le gonflement, la chaleur (1); ils ne peuvent

espérer, il ne faut pas oublier qu'il faut y procéder avec la rigueur des méthodes employées dans les sciences physiques; alors nous saurons quelque chose de précis sur les rapports qui existent entre les constitutions atmosphériques ou météorologiques et les constitutions médicales. Ce n'est pas à dire pour cela que les instruments de la physique et les réactifs de la chimie, dans l'état actuel où elles se trouvent, nous feront saisir tous les agents morbifères répandus autour de nous, tels que ceux de la variole, du choléra dit asiatique, etc., etc. : mais, certes, ce n'est pas là le seul secret et le seul service que nous ayons à demander à la physique et à la chimie.

(1) Je ne place point, à l'instar des autres pathologistes, la douleur au nombre des signes communs à toutes les phlegmasies, attendu que, comme je l'ai prouvé dans un mémoire publié il y a quelques années, la douleur est un signe qui manque dans un assez grand nombre d'inflammations, en un mot dans toutes celles qui occupent *exclusivement* des parties privées des *nerfs du sentiment*.

Quant à l'augmentation de la chaleur dans la partie enflammée, on

être constatés pendant la vie, que dans les cas où la phlegmasie est à la portée de nos sens, soit nus, soit armés d'instruments; par conséquent, ils ne fournissent aucune donnée pour le diagnostic des phlegmasies *internes* proprement dites.

Les autres sont caractérisés par les lésions survenues dans les fonctions propres aux organes malades (fonctions dont les unes sont sous l'empire de la vie générale ou *organique*, et dont les autres font partie de la vie *animale*). Ainsi, la toux, la dyspnée, les crachats visqueux et rouillés, le râle crépitant, etc., sont les signes d'une péripneumonie au premier degré ; ainsi, les déjections muqueuses, glaireuses, ensanglantées, les douleurs dans le trajet du colon, les épreintes, le ténesme, des envies fréquentes d'aller à la garderobe, etc., sont des signes d'une colite. Je ne citerai pas d'autres exemples des signes dont il s'agit ici. Je ferai seulement remarquer que ces signes, attentivement recueillis par les méthodes exactes dont j'ai tant de fois parlé, sont réellement les seuls qui, dans les phlegmasies internes, sans exception, fournissent au diagnostic des bases bien assurées : ils en sont, pour ainsi dire, le flambeau.

Les signes que nous étudions ne nous permettent pas seulement de diagnostiquer une inflammation donnée, mais ils répandent souvent aussi de précieuses lumières sur le *caractère spécial* de cette inflammation et sur ses diverses terminaisons. On sait, par exemple, que l'inflammation peut, soit primitivement et comme d'emblée, soit secondairement ou accidentellement, revêtir la forme septique ou gangréneuse. Eh bien! quoi de plus caractéristique de la pneumonie terminée par un foyer gangréneux, que l'odeur

avait avancé *à priori*, c'est-à-dire sans avoir expérimenté, qu'elle n'était pas sensible au thermomètre ; mais nous pouvons affirmer que c'est là une erreur. Nous avons constaté qu'appliqué sur le siége d'un érysipèle, le thermomètre ne tarde pas à monter, et qu'il redescend ensuite quand on l'applique sur un autre point de la peau.

horriblement fétide, et vraiment gangréneuse qu'exhalent l'haleine et les crachats des malades! Est-ce que la fétidité des déjections alvines, le météorisme de la région iléo-cœcale, ne doivent pas être pris en sérieuse considération dans la détermination de l'espèce de phlegmasie dont la fin de l'intestin grêle peut être le siége? Toutefois, on trouve dans la seconde catégorie de signes qui nous reste à examiner, des éléments de distinction qui sont d'une grande valeur.

§ II.

Seconde catégorie de signes.

Les signes généraux des phlegmasies ne sont autre chose au fond que les phénomènes à l'ensemble desquels on a donné le nom de *fièvre*. Ils peuvent manquer dans certaines phlegmasies locales, peu intenses et peu étendues. A cela près, on les observe d'une manière si constante dans les phlegmasies dites internes, qu'ils peuvent en être considérés comme l'ombre; et il ne faut pas s'étonner si de grands médecins, Sydenham, par exemple, ont désigné sous le nom de *fièvres* les phlegmasies les plus évidentes, telles que la *pleurésie*, la *pneumonie*, l'*érysipèle*, le *rhumatisme*, l'*angine*; et n'est-ce pas parce qu'ils avaient pris l'ombre pour le corps, que jusqu'à l'ère nouvelle, fondée par l'illustre auteur de l'*Examen des doctrines*, les médecins avaient décrit sous le nom de fièvres primitives, essentielles, ou de fièvres graves, des maladies qui consistaient essentiellement en une phlegmasie, de forme variable, des viscères gastro-intestinaux?

Mais quels sont les signes de cet état général décrit sous le nom de *fièvre?* Pour répondre à cette question, il ne faut pas négliger une distinction fondamentale déjà établie par les anciens, savoir que tantôt la *fièvre* dite continue se présente sous une forme simple, *non-putride*, tantôt sous

une forme *putride* (SYNOCHUS PUTRIS ET IMPUTRIS de plusieurs pathologistes anciens). De nos jours, on a conservé cette distinction sous les termes de fièvre *inflammatoire* ou *angioténique*, et de fièvre *adynamique* ou *typhoïde*.

I. Les signes de l'état fébrile purement inflammatoire, tels qu'on peut les déduire de nos observations, sont : l'accélération de la circulation, l'augmentation de la chaleur générale, tantôt avec sueur, et tantôt avec sécheresse, aridité de la peau (1), un malaise général avec lassitudes dites spontanées, la soif, la perte de l'appétit, l'injection de la face et des yeux, la pesanteur de tête avec ou sans céphalalgie, l'insomnie, etc. Ces signes offrent, d'ailleurs, de nombreuses nuances, selon les divers cas, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant les observations particulières et quelques uns des résumés qui leur ont été consacrés. Dans cette nuance de l'état fébrile, le sang retiré par les saignées et par les ventouses se couvre constamment d'une couenne ferme, plus ou moins épaisse, ou du moins le caillot offre plus de consistance que dans l'état normal (2). L'urine conserve son acidité normale, et il n'existe aucune tendance générale à la décomposition putride.

II. Les signes de l'état fébrile, dit *putride*, *adynamique* ou *typhoïde* sont : l'aspect de stupeur des malades, la prostration des forces, les étourdissements, les éblouissements,

(1) C'est bien à tort qu'on avait prétendu que l'on ne pouvait pas apprécier au thermomètre l'accroissement de chaleur qui accompagne l'état fébrile, et en général toutes les variations réelles de chaleur que peut subir le corps humain. Plus de 300 observations nous ont démontré que rien n'était plus facile, au contraire, que d'apprécier avec le thermomètre les différences de la température animale. L'état fébrile intense fait monter le thermomètre centigrade de 33 ou 34° à 40° et même au-delà.

(2) J'ai fait de si nombreuses et de si attentives recherches sur ce point de clinique, que je n'hésite pas à parler ainsi, bien que les auteurs aient jusqu'ici beaucoup varié sur la valeur de la couenne en tant que signe d'inflammation. (Voy. *nos observ. particul. et les résumés.*)

les tintements ou bourdonnements dans les oreilles, la fétidité du corps en général et de l'haleine en particulier; l'apparition de taches rosées, de pétéchies ou autres éruptions analogues; une sorte de tendance générale des liquides à la décomposition, annoncée particulièrement par l'*alcalinité* des urines, la mollesse ou le véritable *ramollissement* du sang qu'on retire par les saignées et les ventouses, etc.

Les deux nuances de l'état fébrile ci-dessus esquissées correspondent aux deux formes d'inflammation que nous avons établies plus haut. Par quel mécanisme s'opèrent et la réaction générale purement inflammatoire ou irritative, et la réaction putride ou typhoïde? J'ai tâché de montrer les éléments principaux de la solution de ce problème, soit dans de précédents ouvrages (*Traité clinique et expérimental des fièvres essentielles*; *Essai sur la philosophie médicale et les généralités de la clinique*), soit dans quelques endroits du présent ouvrage; on me dispensera donc d'y revenir ici. Qu'il me suffise de rappeler le rôle que j'ai fait jouer au système circulatoire et au sang qu'il contient. La fièvre n'est réellement autre chose qu'une affection *irritative* de ce système, affection quelquefois *primitive*, plus souvent secondaire ou sympathique, tantôt *simple*, tantôt compliquée (et de toutes les complications, la plus commune est celle que l'on connaît sous le nom d'appareil *adynamique*, *putride* ou *typhoïde*).

CHAPITRE III.

Considérations générales sur le traitement des phlegmasies aiguës par la méthode des émissions sanguines.

Parmi les divers moyens que nous avons employés dans le traitement des phlegmasies aiguës, il en est un

beaucoup plus énergique et plus important que les autres, savoir : les émissions sanguines d'après une pratique ou une formule qui nous est propre; les autres moyens, tels que les divers topiques désignés sous le nom de révulsifs, les boissons et autres médicaments intérieurs, la diète, ne sont réellement que les auxiliaires ou les adjuvants des émissions sanguines. Toutefois, ils font partie intégrante et essentielle de la méthode antiphlogistique, telle que nous l'avons employée, et ce n'est que par un heureux concours des moyens adjuvants avec le moyen principal que nous avons obtenu les succès déjà signalés aux lecteurs.

Je ne reviendrai point ici sur les moyens adjuvants; je *résumerai* seulement ce qui est relatif aux émissions sanguines. Mais auparavant j'exposerai l'opinion de quelques praticiens des temps modernes sur ce moyen, tel qu'il était employé avant la nouvelle formule, et sur la méthode dite expectante (1).

(1) Dans les temps les plus reculés, comme de nos jours, la saignée a trouvé des partisans et des détracteurs. Il en est de même des méthodes dites *expectante* et *agissante*. On est tombé souvent, à leur sujet, dans des excès opposés.

Van Helmont se vante de n'avoir jamais tiré de sang : *Ego quidem nemini sanguinem mitto!* S'écrie-t-il; son école, comme l'Eglise, pouvait dire *qu'elle avait horreur du sang.*

Botal, au contraire, poussa dit-on, un peu trop loin l'usage de la saignée. (J'avoue n'avoir point encore lu les ouvrages de cet illustre médecin; mais ce qu'il y a de certain, c'est que, à l'époque où il vivait, le diagnostic des maladies n'était pas assez avancé pour que la saignée pût être rigoureusement et efficacement formulée.)

Sydenham se montra partisan de Botal; mais il sut mettre plus de modération dans l'emploi des saignées, et, comme nous le verrons, il a cependant été très injustement accusé d'en avoir porté trop haut la dose dans la pleurésie.

Un contemporain de Sydenham, Gédéon Harvée, publia, en 1695, un ouvrage qui a pour titre : L'Art de guérir les maladies par l'expectation (*ars curandi morbos expectatione*), ouvrage dans lequel il annonce qu'il va dévoiler les vanités, les artifices et les impostures des médecins.

ARTICLE I.

Exposition rapide des opinions et des doctrines de divers auteurs modernes sur la méthode expectante, et sur celle des saignées, diversement dosées, dans les phlegmasies aiguës.

---

§ Ier.

Opinion et doctrine de Pinel.

Voici ce qu'a écrit Pinel, dans sa MÉDECINE CLINIQUE et dans sa NOSOGRAPHIQUE PHILOSOPHIQUE.

On y verra jusqu'à quel point a mérité d'être accusé de scepticisme, en matière de thérapeutique, cet illustre maître, qui, au fameux problème de Pitcairn : *Une maladie étant donnée, trouver le remède*, propose de substituer le suivant : *Une maladie étant donnée, déterminer son vrai caractère, et le rang qu'elle doit occuper dans un cadre nosologique* ; attendu que, selon Pinel, le premier problème, tel qu'il est posé, *marquait bien plus de présomption que de lumières et de sagesse* (1).

Stahl qui, selon Pinel, *sentit toute la beauté et la fécondité du sujet*, *écarta de l'ouvrage de Harvée ce qu'il y avait de violent et d'exagéré.*

Vers la fin du siècle dernier, un médecin dont le nom est couvert d'un juste oubli (de Malon), nouveau Van-Helmont, au génie près, déclare la *saignée toujours pernicieuse et souvent mortelle.* L'ouvrage où se trouve cette belle doctrine a pour titre : le *Conservateur du sang humain.*

Au commencement de ce siècle, Bosquillon brilla entre tous les partisans de la saignée, et selon l'auteur de l'article *Saignée* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, on disait ironiquement *bosquillonner* au lieu de saigner. Malheureusement, Bosquillon n'a rien écrit sur sa pratique, et il a été imité en cela par tous ceux qui ont eu connaissance de cette pratique. Ce n'est donc que par une sorte de tradition, et partant très vaguement, que nous savons que Bosquillon, dans certaines maladies, saignait beaucoup plus que les autres praticiens de son époque.

(1) Cette réflexion de Pinel, comprise comme elle doit l'être, est as-

Voici donc la doctrine professée par Pinel, dans l'article qu'il a intitulé : *Influence du traitement sur les maladies, et détermination des vrais principes des méthodes expectante et agissante.*

Après avoir fait remarquer que pour déterminer les limites réciproques de ce qu'on appelle *action* et *expectation* en médecine, « il n'y a qu'une route à suivre, c'est de faire précéder un *grand nombre* d'histoires de maladies classifiées avec ordre, d'examiner celles qui procèdent avec plus ou moins de régularité vers une terminaison favorable, avec quelques légers secours qu'on leur donne, ou au moyen d'un régime sagement dirigé, et de considérer celles où la nature paraît entravée dans son cours par la lésion de quelque viscère ou de l'origine des nerfs, et qui se termine plus ou moins promptement d'une manière funeste si on les abandonne à elles-mêmes; » après cette remarque, dis-je, Pinel indique quelles sont les maladies auxquelles il a cru devoir appliquer la *méthode expectante*, et quelles sont celles qui lui ont paru réclamer une *méthode agissante.*

Les trois premiers ordres des fièvres, distribuées suivant la classification adoptée dans sa Nosologie, sont, à son avis, du ressort de la médecine expectante. Le lecteur nous saura gré de mettre sous ses yeux le passage suivant, relatif à ceux qui, du temps de Pinel, abusaient de la méthode évacuante dans le traitement de la fièvre dite gastrique.

« Il est peut-être difficile, dit Pinel, de citer l'exemple d'un préjugé plus funeste à l'espèce humaine, que celui qui est encore en vigueur dans des contrées entières où l'esprit d'observation n'a pu pénétrer. Ce préjugé consiste à faire usage des purgatifs, alternativement de deux jours l'un,

surément très vraie. Mais la solution du problème posé par Pinel n'était, au fond, guère moins difficile que celle du problème de Pitcairn. On n'en doit pas moins reconnaître qu'en médecine réellement *rationnelle*, *exacte*, la *résolution* du problème de Pinel doit précéder celle du problème de Pitcairn.

dans le cours des fièvres gastriques, en se prêtant *à des considérations grossières et triviales sur leur caractère, c'est-à-dire en les faisant consister dans une sorte d'amas d'ordures et de matières stercorales dans tout le conduit intestinal, dont il ne s'agit que de le débarrasser. Je défère au tribunal de la raison et de l'expérience cette erreur funeste qui rend quelquefois mortelles des maladies simples et d'une marche régulière, ou bien qui produit des convalescences interminables* (1).

Les deux ordres de fièvres que Pinel a désignées sous le nom de *fièvres adynamiques* et de *fièvres ataxiques*, à l'inverse des trois premiers ordres, réclament impérieusement, selon lui, une *médecine agissante*. Mais hélas! quelle médecine agissante propose ici l'illustre nosographe! Les moyens dont elle se compose sont les stimulants et les toniques (boissons vineuses, potions fortifiantes, etc.), pour les fièvres adynamiques; les mêmes stimulants, combinés avec les toniques ou les antispasmodiques: quinquina en infusion dans le vin, bols ou juleps camphrés, ammoniaque à l'intérieur ou à l'extérieur, potions fortifiantes, etc., pour les fièvres ataxiques) (2)!

(1) Si vous viviez encore, ô vénérable Pinel, que penseriez-vous de ceux qui, renchérissant sur la *funeste méthode* usitée de votre temps *dans des contrées entières ou l'esprit d'observation n'avait pu pénétrer*, purgent aujourd'hui tous les jours les malheureux individus atteints de cette forme de fièvre typhoïde designée par vous sous le nom de fièvre gastrique ou bilieuse!

(2) Voilà la médecine agissante alors vantée par Pinel, c'est-à-dire par le prince de l'époque médicale qui a précédé la nôtre, et l'un des plus sages médecins qui aient jamais existé! Quelle révolution les temps ont amenée dans cette partie de la thérapeutique! et qui croirait que tout en conseillant les moyens que nous venons d'indiquer, Pinel avait déjà rattaché les fièvres ataxiques *à un épanchement à la base du crâne et entre les méninges*, qu'il les avait rapprochées de la *fièvre cérébrale*, qui n'est réellement qu'une phlegmasie des méninges, et qu'il avait expressément dit que les *intestins sont dans un état d'irritation dans*

Pour se faire une idée de la manière dont Pinel appliquait les méthodes expectante et agissante au traitement de sa seconde classe de maladies ou des phlegmasies, il suffira de lire les passages suivants, relatifs à la pleurésie et à la péripneumonie, sorte de type de ces affections.

Après avoir loué les recherches d'observation de Sydenham, Pinel ajoute :

« Sa pratique est bien loin de mériter les mêmes éloges ; et comment concilier avec les principes éternels de la *force médicatrice de la nature* ce qu'il dit au sujet du traitement de la pleurésie, qui, suivant lui, ne peut être guérie dans un adulte qu'en lui faisant perdre quarante onces de sang par des saignées successives ? Comment a-t-il pu, avec un jugement aussi sain, se ranger du parti de Botal, et proposer la saignée, même contre la peste ? » (NOSOG. PHILOS., t. Ier, pag. 63.)

A l'article *Pleurésie* de la *Nosographie philosophique*, il accuse aussi Triller *de sa prévention extrême en faveur de la saignée. Il pense que les saignées ont en général un effet très indirect sur les inflammations de la plèvre, et que l'application des sangsues est préférable* (il ne parle ni du nombre des sangsues, ni du nombre des applications).

« Combien n'importe-t-il point de pouvoir bien distinguer la péripneumonie qui est accompagnée de symptômes modérés, qui a une marche libre et franche vers une terminaison favorable, à l'aide seulement des boissons pectorales, et sans recourir à cette *divine lancette*, tant prônée par quelques médecins ! Quelle différence d'avec celle qui doit faire craindre une carnification par l'extrême violence de l'oppression et de la difficulté de respirer, et qui exige les secours les plus prompts de la médecine active (1) !

les premières périodes de la fièvre adynamique ? (MÉD. CLINIQUE, pag. 469 et suiv., 3e édit.)

(1) Chose étrange ! Pinel ne donne ici aucune espèce d'explication sur

J'abandonne en très grande partie aux soins de la nature la péripneumonie compliquée de fièvre gastrique....... Combien nos pouvoirs sont bornés, et le plus souvent insuffisants, puisqu'ils consistent presque entièrement dans les épispastiques! la péripneumonie gastro-adynamique, remarquable par une quadruple série de symptômes, donne plus d'espoir que la précédente, malgré sa triple complication. Sur quatre cas que j'en rapporte, trois se sont terminés favorablement, et un seul a été marqué par une issue funeste. »

Voilà ce que nous lisons dans Pinel sur le traitement de la pneumonie, c'est-à-dire, comme trait le plus saillant, une sortie contre la *divine lancette* appliquée au traitement de cette maladie!

§ II.

Opinion de Schwilgué.

Dans la troisième édition du *Traité de matière médicale* de Schwilgué, on trouve ce qui suit relativement aux saignées:

« Ce n'est pas d'après le poids ou d'après le volume du sang évacué qu'il faut évaluer les saignées, mais uniquement d'après leurs effets secondaires... *On ne peut rien dire sur la quantité pondérique du sang à évacuer.* En général, une saignée d'un hectogramme (3 onces) est petite pour un adulte, et une saignée de 7 hectogrammes (20 onces) très forte.

» Il existe beaucoup de fièvres angioténiques, de pneumonies, etc., dans lesquelles la saignée n'est pas nécessaire. »

ces secours, et si l'on examine les faits particuliers de péripneumonie qu'il a rapportés, on n'y trouve non plus rien de satisfaisant à cet égard.

§ III.

Opinion de M. Broussais.

Dans les Propositions de thérapeutique, placées en tête de l'*Examen des Doctrines et des systèmes de nosologie* (1), M. Broussais n'a fait connaître aucune formule nouvelle des émissions sanguines ; il a seulement insisté sur la distinction des cas qui réclament les saignées générales ou locales.

On sait assez, d'ailleurs, tout ce que la science et l'humanité doivent de reconnaissance à M. Broussais, pour avoir étendu l'emploi des saignées locales à des maladies dans le traitement desquelles elles n'avaient nullement ou presque pas figuré jusqu'à lui.

§ IV.

Opinion de MM. Mérat et Delens.

Dans le sixième volume de leur *Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale*, publié en 1834, MM. Mérat et Delens se bornent aux réflexions suivantes sur l'emploi et les *doses* de la saignée : « C'est surtout dans les affections inflammatoires que la saignée est employée comme curative; lorsque la phlegmasie est très intense, la saignée générale doit être pratiquée, *répétée même* ; si elle est locale, les saignées topiques sont préférables... Dans les fièvres graves, si elles sont accompagnées de phénomènes inflammatoires, il faut employer aussi la saignée, *mais plus modérément*, et presque toujours *localement*, et la pratiquer sur l'épigastre, l'abdomen, ou à la marge de l'anus... la saignée générale convient sur-

(1) 3e édition, tom. Ier, pag. LIX et suiv. ; Paris 1829.

tout dans les maladies aiguës; la locale plus volontiers dans celles qui sont chroniques.»

§ V.

Opinion de M. Andral.

A l'occasion d'une péricardite mortelle chez un sujet rhumatisant (*Cliniq. médic.*, t. 1er, 2e édit.), M. Andral dit : « Remarquons combien furent infructueuses, dans ce cas, les nombreuses émissions sanguines (1), soit pour faire cesser le rhumatisme articulaire, soit pour prévenir l'invasion de l'inflammation du péricarde... Nous trouverons dans cet ouvrage, ajoute-t-il, de bien fréquents exemples de phlegmasies, qui, attaquées dès leur début ou pendant leur cours par d'abondantes saignées, n'en continuent pas moins leur marche, soit qu'elles doivent se terminer par la santé ou par la mort (2). Il y a, je crois, très peu de cas dans lesquels une maladie puisse être ainsi enlevée tout-à-coup par une émission sanguine (3). »

(1) Quatre saignées de 12 onces chacune furent pratiquées dans les trois premiers jours (le sujet était un boulanger âgé de trente ans; sa constitution n'est pas mentionnée). Le 4e jour, 20 sangsues au genou; le 5e jour, pas d'émissions sanguines; le 6e jour, cinquième saignée de 12 onces, et 20 sangsues sur les articulations (dans la journée, symptômes de péricardite); le 7e jour, 30 sangsues sur la région précordiale... Mort dans la nuit.

Ce cas là et beaucoup d'autres prouvent bien, ce me semble, toute l'importance, toute la nécessité de rapprocher les saignées plus qu'on ne l'avait fait avant nous. Si l'on eût observé ce précepte, j'ai presque dit cette *loi*, on aurait très vraisemblablement sauvé le malade.

(2) Cela est hors de doute pour l'ancienne formule, dont il s'agit ici; mais cette proposition cesse d'être exacte par rapport à la formule nouvelle.

(3) Sans doute, et de là nécessité des saignées coup sur coup bien formulée.

Dans ses *notes* sur Laënnec, publiées en 1836, M. Andral a dit :

« Comme nous, comme tous les praticiens, Laënnec » avait vu des pneumonies résister aux émissions sanguines, » *quelque abondantes et quelque répétées qu'eussent été ces* » *dernières*. Ce furent sans doute ces insuccès qui l'engagèrent » à essayer contre l'inflammation du poumon l'administra- » tion du tartre stibié à haute dose, suivant la méthode ra- » sorienne (1). »

Dans les *notes* ci-dessus indiquées, après avoir parlé de la méthode des émissions sanguines et de celle de l'émétique à haute dose, M. Andral ajoute :

» Que si, d'ailleurs, on veut se livrer à une appréciation » exacte de l'influence exercée par ces méthodes sur la mar- » che, la durée et la terminaison de la pneumonie, on n'ou- » bliera pas que, simplement traitée par les boissons dé- » layantes et les moyens hygiéniques convenables, cette » maladie, *même lorsqu'elle est grave*, peut arriver à une » heureuse terminaison, et que plus d'une fois celle-ci a lieu » aussi vite et aussi facilement que dans les cas où une mé- » decine active a été employée... A ceux qui sont toujours » prêts à attribuer à tel ou tel traitement l'honneur d'une » guérison, il faut rappeler ces cas où, sans aucun traite- » ment actif, cette guérison a eu également lieu (2). On doit

(1) Je n'ai rien à répondre à cela sinon qu'assurément Laënnec n'aurait pas abandonné les émissions sanguines pour l'émétique à haute dose, s'il eût conçu la formule des émissions sanguines telle qu'elle a été exposée par nous précédemment, et s'il l'eût mise à exécution dans une cinquantaine de cas seulement de pneumonie aiguë au premier et au second degré.

Il serait, d'ailleurs, à souhaiter que M. le professeur Andral eût bien voulu spécifier quelles étaient les pneumonies que tous les praticiens ont vues résister à la nouvelle formule des saignées coup sur coup, car cette proposition ne s'applique pas à toutes les pneumonies.

(2) Ce serait, en effet, rendre service aux médecins plus encore qu'aux malades peut-être, que de leur rapporter des observations bien

» les engager à méditer souvent le passage suivant de Sy-
» denham, qui est une excellente leçon de philosophie médicale : « *Natura enim sibi permissa negotium suum suo tempore exsequitur, materiamque, debito ordine ac viâ, tùm secernit, tùm etiam expellit, ut (in junioribus præsertim vegetisque temperamentis) nostrâ ope, nostris artificiis atque auxiliis non indigeat; suis viribus optimè instructa, suis opibus locuples, suo deniquè ingenio satis edocta* (1).

» Mais tous les malades ne présentent pas cette heureuse disposition de l'organisme, dans laquelle il semble qu'il n'y a qu'à laisser faire (2).... Il serait donc aussi peu

exactes et bien authentiques de *pneumonies graves* qui, traitées par la *méthode expectante, sont arrivées à une heureuse terminaison aussi vite et aussi facilement que dans les cas où une medecine active a eté employée.* Il est bien entendu que dans les deux ordres de cas, il faudrait que le nombre proportionnel des guérisons fût le même. Or, je le demande à M. Andral, où sont les *preuves positives et irrécusables* d'une semblablé proposition?

(1) Je conviendrai, si l'on veut, que c'est là une excellente leçon de philosophie médicale, mais à la condition qu'on me déterminera bien quelles sont les maladies, ou quelles sont du moins dans les maladies les cas où la nature *trouve dans son genie* le moyen de se passer de nos secours. N'oublions pas qu'il s'agit ici de pneumonie. Or, où Sydenham nous a-t-il appris, dans ses ouvrages, à confier au *genie* de la nature le soin de guérir une pneumonie, même lorsqu'elle est grave? Est-ce dans Sydenham qu'il faudrait aller chercher ce genre d'instruction, lui qui a déclaré d'une manière si positive à la fois et si poetique (selon son habitude), que la phlébotomie est en quelque sorte une porte par ou s'enfuit la maladie : *Per ipsum sectæ venæ orificium et pleuritidi* (Sydenham ne sépare pas la pleuresie de la pleuro-pneumonie) *fugam parans et sanitati reditum.*

(2) Qu'on nous apprenne donc, encore une fois, quels sont ces bienheureux malades, ces sujets privilégiés, qui n'ont besoin d'aucun secours, et chez lesquels *la docte nature, abandonnee a elle-même, accomplit son affaire en son temps, sépare et expulse la matiere morbifique, dans l'ordre voulu et par la voie convenable.*

» raisonnable d'admettre la participation constante de nos » moyens thérapeutiques à la guérison, que de la nier tou» jours; et les partisans exclusifs de la médecine purement » expectante me sembleraient aussi blâmables que ceux qui » ne se fient qu'à une médecine constamment agissante (1), » et chez lesquels il y a à modifier, comme le disait Bordeu : » *Le brûlant désir d'instrumenter ou de faire voir aux as-* » *sistants ébahis, et aux malades eux-mêmes, la cause de la* » *maladie dans un grand étalage de palettes et de bassins* (2). »

§ VI.

Opinion de M. Rostan.

Dans la partie de son *cours de médecine clinique* consacrée à la thérapeutique, M. Rostan enseigne ce qui suit :

Lorsque les phlegmasies sont aiguës et simples, elles réclament le *traitement antiphlogistique simple* (3), et même plusieurs de celles qui sont spécifiques n'en exigent pas d'autres.

On traitera donc *ainsi :* l'érysipèle, la scarlatine, la rougeole, la variole, la vaccine, la varicelle, le zona, la miliaire, l'urticaire, le pemphygus, le phlegmon; la méningite, l'encéphalite, la myélite, la méningite rachidienne; l'ophthalmie, l'otite, le coryza, les aphthes, la glossite, le rhumatisme, la névrite; les angines, l'œsopha-

(1) Cette maxime générale ne saurait être contestée, mais la question est toujours la détermination des cas; et, *dans l'espèce*, il s'agit de déterminer ceux où une *pneumonie grave* doit être abandonnée à la nature, ou bien doit être traitée par une méthode active, énergique.

(2) Cela est fort comique sans doute, et presque digne de Molière; mais cette épigramme n'est guère propre à résoudre la grave et très sérieuse question qui nous occupe : *nam de pelle humanâ agitur.*

(3) M. Rostan aurait dû commencer par bien exposer ce *traitement antiphlogistique simple.* Or, il le conseille sans le *définir* ou le déterminer.

gite, la gastrite, le pyrosis, la duodénite, l'entérite, la colite, la gastro-entérite, la péritonite, l'hépatite, la néphrite, la splénite, la cystite, la métrite, la bronchite, la pneumonie, la pleurésie, la péricardite, la cardite; les inflammations de l'urèthre, du vagin, non spécifiques, etc.; *on pourra y joindre la polyémie, les congestions sanguines, et beaucoup d'autres affections qui, n'étant pas inflammatoires, n'ont cependant pas de traitement particulier.* Quelle kirielle de phlegmasies de gravité si diverse sont ici confondues sous le rapport du traitement! Quoi! c'est par un seul et même *traitement antiphlogistique simple* que l'on enseigne aux jeunes médecins à combattre la vaccine et la pneumonie, le pemphygus et la méningite, la variole et le pyrosis, le coryza et le rhumatisme articulaire! Certes, les jeunes médecins qui traiteraient la pneumonie comme la vaccine ou la varicelle, et la cardite comme l'urticaire, ne compteraient pas de nombreux succès (1).

Suivant M. Rostan, on ne peut pas même dire que la

(1) M. Rostan s'exprime ainsi sur la thérapeutique en général: « Qu'on ne dise pas que depuis long-temps l'art est débarrassé des erreurs dégoûtantes que les ténèbres du moyen âge nous ont transmises... Qu'on réfléchisse à la thérapeutique des médecins vitalistes, à celle des médecins physiologistes, enfin à la thérapeutique de tous les systématiques, et qu'on nous dise si le sens commun a présidé à l'invention des méthodes curatives qu'ils prônent et mettent en pratique. » (*Cours de méd. clin.*, t. III, pag. 210.)

Après avoir ainsi *anathématisé* pour ainsi dire les méthodes thérapeutiques de son temps, M. Rostan devait être naturellement conduit à en proposer de nouvelles, ou du moins à proposer des modifications précises dans celles qu'il attaquait. Or, j'avoue n'avoir trouvé dans son livre rien de satisfaisant à cet égard, et cependant, selon M. Rostan, *après avoir étudié son livre, tout jeune médecin doit être capable de traiter de la manière la plus simple, la plus sûre, la plus prompte, la plus convenable en un mot, quelque maladie que ce soit*, ENTOURÉE DE QUELQUE CIRCONSTANCE QU'ON PUISSE IMAGINER. C'est aux jeunes médecins à nous dire jusqu'à quel point l'assertion du chaleureux défenseur de la médecine organique est fondée.

saignée convient dans la pneumonie : 1° parce qu'il est des pneumonies qui guérissent sans la saignée; 2° parce qu'il en est dont la saignée causerait même la terminaison par la mort; 3° parce que, dans celle où la saignée convient, il est encore une foule de circonstances qu'on ne saurait exposer à chaque maladie, et qui exigent que la saignée soit plus ou moins copieuse, plus ou moins répétée, etc. (*Cours de clin.*, t. III, pag. 211-212).

§ VII.

Opinion de M. Louis.

J'ai, dans le cours de cet ouvrage, surabondamment exposé et réfuté les doctrines de MM. Chomel et Louis, sur les saignées dans les phlegmasies aiguës, saignées sur la formule desquelles ils n'ont rien dit de précis; qu'il me suffise de rappeler ici les conclusions définitives que M. Louis a déduites des faits qu'il a analysés.

« La saignée n'a eu que peu d'influence sur la marche de la pneumonie, de l'érysipèle de la face et de l'angine gutturale, chez les malades soumis à mon observation; son influence n'a pas été plus marquée dans les cas où elle a été copieuse et répétée, que dans ceux où elle a été unique et peu abondante; on ne jugule pas les inflammations, comme on se plaît trop souvent à le dire. Dans les cas où il paraît en être autrement, c'est sans doute ou parce qu'il y a eu erreur de diagnostic, ou parce que l'émission sanguine a eu lieu à une époque avancée de la maladie, quand celle-ci était voisine de son déclin; il serait bon néanmoins d'essayer, dans les maladies inflammatoires dont le péril est imminent, la péripneumonie, par exemple, si une première saignée, poussée jusqu'à la syncope, de 25 à 30 onces et plus, n'aurait pas un plus grand succès; enfin, dans les cas où j'ai pu comparer l'effet de la saignée

par la lancette, avec l'effet qu'on peut attribuer aux sangsues, la supériorité du premier moyen *m'a paru démontrée.*

» J'ajouterai que, malgré les bornes de leur utilité, les émissions sanguines *ne peuvent pas être négligées dans les maladies inflammatoires graves, et qui ont pour siége un organe important*, soit à raison de leur influence sur l'organe malade, soit parce qu'en abrégeant la durée de l'affection, elles diminuent les chances des lésions secondaires qui en augmentent le péril; *que les maladies inflammatoires ne pouvant être jugulées, on ne doit pas multiplier les saignées, dans l'intention d'atteindre ce but* IMAGINAIRE; qu'il ne faut pas oublier, d'ailleurs, qu'un *certain degré* de force est nécessaire à la résolution de l'inflammation, puisqu'elle est d'autant plus grave et environnée de dangers, que les sujets sont plus faibles, et que cette faiblesse favorise aussi le développement des maladies secondaires; qu'enfin l'utilité des saignées générales étant mieux démontrée *par mes observations*, que celle des saignées locales, la lancette paraît devoir être préférée aux sangsues dans les maladies dont il vient d'être question (1). »

§ VIII.

Opinion de M. Martin-Solon.

Dans son article *saignée* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (article qui a paru en 1835), M. le docteur Martin-Solon établit que *dans les maladies aiguës, tant que la période inflammatoire dure ou se reproduit, on doit,* SI LES FORCES DU MALADE LE PERMETTENT, *avoir recours aux émissions sanguines.* Mais il ajoute qu'il est impossible d'é-

(1) RECHERCHES SUR LES EFFETS DE LA SAIGNÉE, etc., pag. 51-52; Paris 1835.

tablir des préceptes généraux sur le nombre et la dose des saignées générales et locales; il veut seulement que les premières saignées soient ordinairement *abondantes* (1).

§ IX.

Opinion de M. Magendie.

Pour terminer, je consignerai ici le passage suivant des *Leçons* de M. Magendie sur les *phénomènes physiques de la vie*, publiées en 1836 (pag. 144 et suivantes) :

« Dans le traitement des diverses maladies auxquelles l'homme est exposé, il est un procédé fort ancien, tour à tour exalté ou proscrit avec enthousiasme par des esprits exclusifs, je veux parler des émissions sanguines... S'il est des cas où je regarde les évacuations sanguines comme un moyen utile et indiqué, je ne puis trop m'élever contre ceux *qui érigeraient en principe leur administration exclusive dans le traitement de toutes les maladies* (2).

» Si, à la suite de certaines maladies aiguës, vous voyez si fréquemment survenir des inflammations du poumon et de la plèvre, ne sont-elles pas souvent le résultat mécanique des évacuations sanguines trop multipliées (3)? Observez ce

(1) M. Martin-Solon n'a pas jugé à propos de mentionner la *nouvelle formule*. Toutefois, après avoir dit que les résultats *numériques* donnés par M. Louis tenaient à une fausse application de la méthode numérique il ajoute : « *Quand on voudra que ces chiffres aient une véritable signification, il faudra, ainsi que l'a fait M. Bouillaud dans son article* PNEUMONIE, *établir autant de tableaux qu'il y a de groupes de faits différents.* » (*Ouv. cité*, t. 14e, pag. 446)

(2) Nous partageons bien sincèrement le sentiment de M. Magendie contre ceux qui érigeraient en principe l'administration *exclusive* des émissions sanguines dans le traitement de *toutes* les maladies.

(3) J'avoue que plus de 200 faits nous ont clairement prouvé que les émissions sanguines *convenablement répétées* guérissaient comme par enchantement les inflammations de la plèvre et du poumon traitées à

qui se passe dans le rhumatisme. Je sais qu'on peut quelquefois, par la saignée, abréger la durée de la maladie, mais il survient dans la suite l'infiltration œdémateuse des membres, de la roideur dans les articulations, et souvent la convalescence est enrayée par l'invasion subite de pneumonies ou de pleurésies. *Jamais, dans mon service*, je n'ai recours aux émissions sanguines pour combattre le rhumatisme; jamais aussi je n'ai vu apparaître de ces phlegmasies intercurrentes (1). »

ARTICLE II.

Récapitulation de la méthode des émissions sanguines telles que nous les avons employées dans diverses phlegmasies aigues; détermination de la formule générale, de ses *variantes* et de sa *moyenne*.

Il résulte de l'article précédent que non seulement aucun des praticiens modernes n'a réellement formulé approximativement la méthode des émissions sanguines, mais encore que quelques uns des auteurs cités (et nous aurions pu ajouter à leur nom celui de M. Chomel) ont déclaré impossible toute formule de ce genre. Nous croyons avoir clairement prouvé le contraire dans les faits particuliers et les résumés de la première partie de cet ouvrage. Rappelons ici nos recherches, et donnons-leur ensuite une forme plus générale.

temps. J'ai quelque peine à croire que ce même moyen les produise aussi souvent que M. Magendie paraît ici le craindre.

(1) Ceux qui liront les observations de rhumatisme articulaire aigu contenues dans cet ouvrage, verront bien si, après les émissions sanguines, TELLES QUE NOUS LES EMPLOYONS, *il survient dans la suite l'infiltration œdémateuse des membres, de la roideur dans les articulations, et si souvent la convalescence est enrayée par l'invasion subite de pneumonies ou de pleurésies.*

§ Ier.

Entéro-mésentérite (fièvre ou affection typhoïde de MM. Chomel et Louis.)

Le traitement des 50 sujets atteints de cette affection a consommé 471 palettes ou 108 livres environ de sang; c'est-à-dire que la *moyenne* de la quantité du sang retiré à chaque malade a été de 9 palettes $\frac{2}{50}$ ou de 2 liv. 2 à 3 onces environ. Quant à l'espace de temps dans lequel les saignées ont été pratiquées, à quelques exceptions près, il n'a pas dépassé les quatre à cinq premiers jours, et c'est dans les premières 48 heures, à dater du moment de l'entrée des malades à la *Clinique*, que la majeure partie du sang a été enlevée (1).

(1) Rappelons ici le résumé du nombre et de la quantité des émissions sanguines générales et locales, pour chacune des trois catégories dans lesquelles nos 50 cas ont été divisés.

PREMIÈRE CATÉGORIE. — *Cas très graves.*

Cette catégorie comprend 14 malades. — La quantité totale du sang qui leur a été retiré, est de 226 palettes ou de 56 liv. 1/2 environ. La *moyenne* est par conséquent de 4 liv. environ ; — le *maximum* a été de 5 liv. 6 onc. (obs. 12e) ; — le *minimum* a été de 2 liv. 12 onc. (obs. 9e).

Les 56 liv. 1/2 de sang ci-dessus indiquées ont été enlevées par 42 saignées générales et 44 saignées locales. Les premières ont fourni 94 pal. de sang, et les secondes, 85 pal. 1/2 (c'est-à-dire 8 pal. 1/2 de moins que les autres).

DEUXIÈME CATÉGORIE. — *Cas de moyenne gravité.*

13 malades sont compris dans cette catégorie. — La quantité totale du sang qu'ils ont perdu est de 135 pal. ou d'environ 34 liv. La *moyenne* est donc de 10 pal. 1/2 ou de 2 liv. 10 onc. ; — le *maximum* a été de 16 pal. 1/2 ou de 4 liv. 2 onc. (obs. 20e) ; — le *minimum* a été de 6 pal. ou 1 liv. 1/2 (obs. 27e).

Les 34 liv. de sang des malades de cette seconde catégorie ont été

Je ne puis que renvoyer au chapitre consacré à l'entéro-mésentérite pour ce qui concerne les modifications que nous avons fait subir à la méthode et à la formule générale des émissions sanguines, selon une foule de circonstances, telles que l'âge, la force, le tempérament, le sexe des malades, les complications diverses, la période de la maladie, etc.

On a vu par la note ci-avant combien la dose des émissions sanguines différait selon les divers degrés de gravité des cas.

§ II.

Pleuro-pneumonie (1).

En ajoutant aux 26 cas de péripneumonie rapportés dans cet ouvrage les 57 cas dont j'ai analysé le traitement par les émissions sanguines, à l'article *Pneumonie* du *Diction-*

enlevées par 22 saignées générales et 29 saignées locales. Les premières ont donné 68 pal. de sang et les secondes 67 (quantité sensiblement égale à la précédente).

TROISIÈME CATÉGORIE. — *Cas légers.*

23 malades se trouvent dans cette catégorie. — La quantité totale du sang qui leur a été soustrait, est de 110 pal. ou de 27 liv. 1/2 : c'est-à-dire que pour un nombre de malades presque double de celui de chacune des deux précédentes catégories, on a tiré une quantité de sang beaucoup moins considérable (6 liv. 1/2 de moins que dans la seconde catégorie, et 29 liv. de moins que dans la première). — La *moyenne* est de 4 à 5 pal., au lieu de 10 pal. 1/2 comme pour la seconde catégorie, et au lieu de 16 pal. comme pour la première catégorie. — Le *maximum* a été de 9 pal. (obs. 38°). — Le *minimum* a été de 0 saignée dans quelques cas d'une extrême bénignité.

(1) Ce que nous allons dire ici concernant le traitement de cette maladie par la nouvelle formule des saignées, est applicable à la pleurésie (*voy., au reste, le tableau de la* pag. 336 du t. II). — La *moyenne* de la quantité de sang enlevé est seulement un peu plus faible dans la

naire de médecine et de chirurgie pratiques, on obtient un total de 85 cas pour lesquels on a enlevé 370 livres de sang (dans cette somme ne se trouve pas comprise la faible dose de sang qui avait été enlevée à quelques malades avant leur entrée à la *Clinique*). Par conséquent, la *moyenne* de la quantité de sang retiré à chaque malade a été de 4 livres 6 onces environ.

Règle générale, les saignées générales et locales ont été pratiquées coup sur coup, et dans l'espace de trois ou quatre jours, à dater du jour de l'entrée des malades.

Règle générale aussi, trois, quatre, et même cinq saignées générales et locales ont été pratiquées dans les premières 24 heures.

Je renvoie aux faits particuliers et à leur résumé pour l'exposition des modifications que nous avons fait subir à la méthode ou à la formule générale des émissions sanguines, selon les circonstances diverses qui se sont présentées à notre examen. Alors on sera bien convaincu que, comme toute formule thérapeutique en général, celle des saignées coup sur coup, loin d'être *inflexible*, *invariable*, s'accommode et se plie pour ainsi dire à toutes les conditions des maladies contre lesquelles elle est dirigée (1).

pleurésie : elle n'est, en effet, que de 3 liv. 1/2 dans les deux catégories réunies des cas très graves et de moyenne gravité, tandis qu'elle est de 4 liv. 1/2 pour les mêmes catégories relatives à la péripneumonie.

(1) Rappelons seulement dans cette note la différence de la dose des émissions sanguines, selon la gravité des cas. (*Voy. aussi le tableau de la pag. 191 du t. II.*)

PREMIÈRE CATÉGORIE. — *Cas très graves.*

Cette catégorie comprend 14 cas (j'en retranche 1 dans lequel cette *formule des saignées* ne fut pas mise en usage). — La quantité totale du sang, retiré par 90 saignées générales et locales, s'élève à 276 pal. ou 69 liv. environ. — La *moyenne* est de 5 liv. de sang environ ; — le *maximum* de 8 liv. 8 onc. ; — le *minimum* de 2 liv. 12 onc.

§ III.

Péricardite et endocardite.

(Voyez *pleuro-pneumonie*, *pleurésie et rhumatisme articulaire aigu*, maladies avec lesquelles coïncident ordinairement la péricardite et l'endocardite; dans les cas où ces dernières sont simples et isolées, leur traitement reste à peu près le même que dans les cas où elles sont combinées avec les maladies ci-dessus désignées.)

§ IV.

Rhumatisme articulaire aigu.

Parmi les 27 cas de rhumatisme articulaire aigu que nous avons rapportés, 12 appartenant au rhumatisme articulaire généralisé intense, avec forte réaction fébrile, ont été traités par la formule des saignées coup sur coup.

DEUXIÈME CATÉGORIE. — *Cas de moyenne gravité.*

Cette catégorie contient 7 cas. — La quantité totale du sang retiré par 37 saignées générales et locales monte à 114 pal. ou 28 liv. 8 onc. environ. — La *moyenne* est de 4 liv. 1 onc. environ; — le *maximum* de 7 liv. 4 onc.; — le *minimum* de 2 liv. 4 onc.

TROISIÈME CATÉGORIE. — *Cas légers.*

Les cas de cette catégorie sont au nombre de 4. — La quantité totale du sang enlevé par 14 saignées générales et locales, est de 45 pal. 1/2 ou de 11 liv. 6 onc. — La *moyenne* est de 2 liv. 13 onc. 1/2; — le *maximum* de 3 liv. 14 onc.; — le *minimum* de 1 liv. 8 onc.

Par ces chiffres, on voit que pour la pleuro-pneumonie, comme pour l'entéro-mesentérite, toutes les conditions étant égales d'ailleurs, la quantité de sang qu'exige le traitement est constamment en raison directe de la gravité de la maladie.

et dans 8 de ces cas seulement elle a été exécutée suivant toutes les règles que nous lui avons assignées (1).

La masse totale du sang dépensé pour le traitement de ces 12 cas s'élève à 78 saignées générales et locales, qui ont fourni 230 palettes, ou environ 57 liv. 8 onces de sang. La *moyenne* est donc d'environ 4 liv. 12 onces. Le *maximum* a été de 6 liv. 12 onces; le *minimum*, de 2 liv. 4 onces.

Je ne comprends pas dans ce calcul 7 ou 8 saignées, tant générales que locales, pratiquées avant l'entrée des malades.

Toutes les saignées faites à l'hôpital ont été pratiquées dans l'espace du premier au sixième jour. Chez la plupart des malades, la moitié du sang qu'ils ont perdu a été tiré dans les 24 premières heures de leur séjour.

§ V.

Parallèle entre les moyennes particulières à chaque phlegmasie, et détermination de la moyenne générale.

Si nous rapprochons maintenant les *moyennes* précédemment indiquées, nous voyons que celle de la pleuro-pneumonie (4 liv. 6 onces) est à peu près exactement double

(1) Les 15 autres cas appartenaient au rhumatisme articulaire partiel, léger, avec peu ou point de réaction fébrile ; aucun des cas de cette catégorie ne fut, je le répète, combattu par la formule des saignées coup sur coup appliquée dans toute sa vigueur. Dans 2 cas, cependant, nous avons pratiqué 4 à 5 saignées, tant générales que locales, pendant les trois à quatre premiers jours du séjour des malades à l'hôpital. Dans la plupart des autres cas, il a suffi d'une ou de deux émissions sanguines de 2 à 3 pal. pour faire justice de la maladie. Dans 3 cas, on s'est abstenu de toute émission sanguine.

Ainsi, pour cette phlegmasie comme pour les autres, on voit si c'est avec raison et en connaissance de cause, que certains confrères nous reprochent de saigner toujours à outrance, quels que soient les cas auxquels nous ayons affaire.

de celle de l'entéro-mésentérite (2 liv. 2 à 3 onces), et que celle du rhumatisme articulaire aigu, la plus forte de toutes (4 liv. 12 onces), l'emporte de 4 onces sur celle de la pleuro-pneumonie.

Ces différences méritent que nous nous y arrêtions un instant.

1° La légère différence qui existe entre la *moyenne* des saignées pour la pleuro-pneumonie et celle pour le rhumatisme articulaire aigu tient à ce que cette dernière est prise seulement des cas très graves et des cas de moyenne gravité, tandis que l'autre est prise de ces deux catégories de cas, réunies à celle des cas légers. En effet, en procédant ainsi, nous avons dû trouver un chiffre un peu plus élevé pour la *moyenne* des saignées dans le rhumatisme articulaire aigu que pour la même *moyenne* dans la pleuro-pneumonie.

2° Quant à la différence vraiment énorme que nous avons trouvée entre l'une et l'autre de ces *moyennes* et celle relative à l'entéro-mésentérite, elle tient en très grande partie à ce que la proportion des cas légers aux cas graves a été beaucoup plus considérable dans l'entéro-mésentérite que dans la pleuro-pneumonie, et, *à fortiori*, que dans le rhumatisme articulaire aigu, puisque, comme je l'ai dit tout à l'heure, nous avons fait abstraction des cas légers dans le calcul de la moyenne relative à cette maladie.

Toutefois, la différence que nous signalons dépend aussi en partie de ce que nous ne poussons pas tout-à-fait aussi loin la dose des émissions sanguines dans l'entéro-mésentérite que dans la pleuro-pneumonie et le rhumatisme articulaire aigu. Aussi, en prenant la *moyenne* des cas graves et très graves réunis, et abstraction faite des cas légers, nous n'obtenons qu'une somme de 3 liv. 5 onces, c'est-à-dire inférieure d'une livre à celle qui exprime la *moyenne* de la quantité de sang retirée dans les trois catégories réunies des cas de la péripneumonie.

Ajoutons qu'il existe encore dans le traitement de ces deux maladies cette différence, savoir, que la proportion des saignées locales aux saignées générales est plus forte dans l'entéro-mésentérite que dans la pleuro-pneumonie.

En additionnant ensemble, d'une part, les chiffres des malades atteints d'entéro-mésentérite, de pleuro-pneumonie et de rhumatisme articulaire aigu, et, d'autre part, les quantités de sang que leur traitement a dépensées, nous trouvons 145 malades et 525 liv. 8 onces de sang; ce qui donne une MOYENNE d'environ 4 livres de sang, et comme depuis cinq ans passés tous les autres cas de ces maladies et de toutes les autres phlegmasies fébriles qui compromettent plus ou moins prochainement la vie des malades ont, à quelques exceptions près, été traitées de la même manière que ceux ci-dessus analysés, cette MOYENNE représente, *aussi approximativement que possible, la* MOYENNE GÉNÉRALE de la quantité de sang que nous retirons pour le traitement des phlegmasies aigües fébriles, développées dans les conditions d'âge, de sexe, de tempérament, de force, etc., que présentent les sujets reçus dans nos salles de clinique (1).

(1) Il ne sera pas sans intérêt de consigner à côté des résultats qui précèdent, ceux que nous avons obtenus dans le courant de la présente année. Les voici :

1° *Pleuro-pneumonie.*

Pendant les mois de février, mars, avril, mai, juin, juillet, nous avons traité, par la formule des saignées coup sur coup, 45 cas de la maladie ci-dessus :

16 cas ont été ainsi traités pendant le règne de la grippe (février et mars).

MOYENNE *de la quantité du sang retiré pour chaque cas :* 4 livres 1/2.

29 cas ont été traités pendant les quatre premiers mois de la clinique avril, mai, juin et juillet 1837).

MOYENNE *de la quantité du sang retiré pour chaque cas :* 4 livres 1/2.

Ainsi la *moyenne* a été exactement la même dans ces deux séries de

Si nous essayons maintenant de fixer d'une manière générale l'espace de temps durant lequel les émissions sanguines, à la dose indiquée, ont été faites, nous trouvons que, dans l'immense majorité des cas, elles l'ont été du premier au sixième jour de l'admission des malades à l'hôpital. On trouve dans les observations particulières et dans les résumés que nous en avons présentés, les raisons ou l'explication des exceptions à la règle ou à la loi ci-dessus établie.

péripneumonies, et elle ne diffère que de 2 onces de la *moyenne* indiquée pour les précédentes séries.

2° *Entéro-mésentérite typhoïde.*

Pendant les quatre premiers mois de la clinique (avril, mai, juin et juillet 1837), nous avons traité, par la formule des saignées coup sur coup, 15 cas de gravité moyenne ou très graves de la maladie ci-dessus (les cas légers ont été placés dans la catégorie de la forme de cette maladie désignée sous le nom de fièvre gastrique ou bilieuse).

MOYENNE *de la quantité de sang retiré pour chaque cas :* 4 livres 6 onces 1/2.

Cette moyenne l'emporte d'un peu plus d'une livre sur la moyenne des cas analogues de la série de 1836, différence qui tient à des circonstances de complication, d'intensité de la maladie, etc., que nous n'avons pas l'intention d'analyser ici.

3° *Rhumatisme articulaire aigu.*

Pendant les quatre premiers mois de la clinique de 1837 (avril, mai, juin et juillet), nous avons traité, par la formule des saignées coup sur coup, 9 cas de cette maladie.

MOYENNE *de la quantité du sang retiré pour chaque cas :* 3 livres 11 onc.

Cette moyenne est plus faible d'une livre environ que celle des 12 cas dont nous avons parlé précédemment. Mais cette différence s'explique en faisant attention que ces 12 cas appartenaient aux cas graves ou moyens, tandis que, parmi les 9 cas actuels, il y en avait trois légers, et que, parmi les six restants, il y en avait quatre moyens et deux graves seulement.

La MOYENNE GÉNÉRALE de tous ces cas réunis (69) est de 4 liv. 3 onces; celle des 145 cas analysés plus haut est de 4 livres moins 1 à 2 onces. En réunissant ces deux séries, on obtient une moyenne de 4 liv. 1 à 2 onc.

Ajoutons que c'est dans les premières quarante-huit heures que la majeure partie du sang a été enlevée, et que dans les cas légers et dans plusieurs de ceux d'une gravité moyenne, la convalescence s'est déclarée à partir du deuxième ou du troisième jour.

Pour plus de clarté et de précision, je vais reproduire ici les détails essentiels de l'application de la formule des saignées coup sur coup au traitement des divers degrés de gravité de deux inflammations qui peuvent être considérées comme des modèles de ce genre de maladies, savoir : la pleuro-pneumonie et le rhumatisme articulaire aigu fébrile et généralisé, affectant l'un et l'autre des individus adultes et bien constitués.

Premier exemple. — *Pleuro-pneumonie.*

Premier jour du traitement. — Une saignée du bras de 4 palettes matin et soir. Dans l'intervalle des deux saignées, on appliquera sur le côté douloureux 30 sangsues ou mieux des ventouses scarifiées, jusqu'à soustraction de 3 à 4 palettes de sang (1).

Deuxième jour. — Une troisième saignée du bras de 3 à 4 palettes, et si la douleur de côté persiste, une nouvelle application de sangsues ou de ventouses comme celle de la veille.

Troisième jour. — La plupart des péripneumonies du premier dégré et d'une étendue moyenne sont arrêtées, et pour ainsi dire *jugulées* dès le troisième jour de ce traite-

(1) Je suppose ici qu'on est appelé dès le matin auprès des malades. Il n'en est pas ainsi des sujets reçus dans nos hôpitaux, lesquels n'arrivent ordinairement que dans l'après-midi, et ne sont visités ce jour-là que le soir. Cette circonstance apporte une légère modification dans l'emploi de la formule. Ils sont saignés du bras le soir, et s'il existe une douleur très vive, on a recours aussitôt après à une application de sangsues ou de ventouses (3 à 4 palettes). Le lendemain, on pratique deux ou trois émissions sanguines, et ainsi de suite, comme il est établi ci-après.

tement. Quoi qu'il en soit, si la maladie résiste encore le troisième jour, il faut, sans hésiter, pratiquer une quatrième saignée du bras de 3 à 4 palettes.

Quatrième jour. — La péripneumonie, même quand elle est parvenue au second degré, si elle est simple et qu'elle ne soit pas trop étendue, résiste rarement au-delà du quatrième jour. Dans les cas où elle résiste encore, on doit faire une cinquième saignée de 3 palettes environ, et appliquer un large vésicatoire sur le côté malade.

Cinquième, sixième et septième jours. — Dans les cas les plus ordinaires, c'est-à-dire lorsque l'on a eu à traiter une péripneumonie qui n'a pas été au-delà d'une moyenne gravité, il ne s'agit plus que de surveiller attentivement les malades. La résolution se déclare et marche rapidement, et déjà l'appétit commence à se faire sentir.

Mais dans les pneumonies très graves, on est quelquefois obligé de pratiquer une sixième, une septième, une huitième et même une neuvième saignées du bras, un peu moins copieuses que les premières (2 à 3 palettes); dans les cas dont il s'agit, nous avons été quelquefois obligé de retirer jusqu'à 10 livres de sang, et le succès a couronné nos efforts.

En règle générale, on ne doit renoncer décidément aux émissions sanguines que du moment où la réaction fébrile est nulle ou presque nulle, et que la dyspnée, ainsi que la douleur, ont à peu près complétement cessé. Si, comme toutes les règles générales, celle-ci comporte quelques exceptions, elles sont très rares (1).

(1) C'est surtout dans les cas de ce genre, et aussi lorsque, après les cinq ou six premières émissions sanguines, on trouve dans la pratique ces *divers empêchements*, qui ne permettent pas d'aller au-delà dans l'administration de ce moyen héroïque ; c'est alors, dis-je, ou jamais, qu'on peut tenter l'emploi du tartre stibié à haute dose.

SECOND EXEMPLE. — *Rhumatisme articulaire aigu, fébrile et généralisé* (1).

Le *jour de l'entrée*, ou le *premier du traitement*, à la visite du soir, on pratique une saignée du bras de 4 palettes.

Deuxième jour. — Une saignée du bras de 3 palettes 1/2 à 4 palettes est faite matin et soir. Dans l'intervalle de ces deux saignées, on a recours à une application de sangsues ou de ventouses scarifiées autour des articulations les plus malades et sur la région précordiale, quand le péricarde ou l'endocarde sont sérieusement affectés eux-mêmes, et cette saignée locale est de 3, 4 et même 5 palettes.

Troisième jour. — Dans les cas légers, on peut s'abstenir de nouvelles émissions sanguines. Mais il n'en est pas ainsi dans les cas graves. On pratiquera donc alors une quatrième saignée de 3 à 4 palettes et une saignée locale de la même dose, soit sur les articulations, soit sur la région précordiale.

Quatrième jour. — Dans les cas de moyenne gravité, la fièvre, les douleurs, le gonflement des articulations; en un mot, tout l'appareil inflammatoire a le plus souvent cessé dès ce jour, et l'on s'abstient de nouvelles émissions sanguines. Dans les cas où la résolution n'a pas encore commencé, on pratique une cinquième saignée du bras de 3 palettes environ.

Cinquième, sixième et septième jours. — En général, à cette époque, la résolution est en pleine activité pour les rhumatismes articulaires aigus dont la gravité n'a pas été au-delà de la *moyenne*. Mais assez souvent dans les rhumatismes articulaires aigus très graves, avec endocardite ou endo-péricardite, ou pleurésie très prononcée, le temps des émissions sanguines n'est pas encore passé; alors, on

(1) Nous allons exposer ici la formule telle que nous l'employons à l'hôpital, où, le premier jour, les malades ne sont visités que le soir.

pratique deux ou trois nouvelles saignées du bras et une nouvelle saignée locale, en même temps qu'on applique de larges vésicatoires, soit sur la région du cœur, soit sur les articulations, soit enfin sur l'une et sur les autres en même temps. Dans les cas de cette dernière catégorie, nous avons été obligé de tirer jusqu'à 8, 9 et 10 livres de sang; et, comme je l'ai déjà dit ailleurs, nous n'avons perdu aucun *des nombreux malades que nous avons saignés* (1).

Quoi qu'il en soit, en général, dans les cas très graves eux-mêmes, dès le sixième, le septième ou le huitième jour, la convalescence se déclare franchement, et on peut commencer à nourrir les malades. On verra dans les observations particulières la raison des rares exceptions auxquelles cette *règle générale* se trouve soumise.

De plus amples développements seraient déplacés dans ces généralités. Ce que nous venons d'exposer suffit pour démontrer clairement en quoi consiste notre méthode des saignées coup sur coup, et partant aussi en quoi elle diffère des méthodes généralement employées de nos jours. Elle en diffère d'une part, 1° en ce que la dose de sang dont elle se compose l'emporte sur celle des méthodes dont il s'agit; 2° en ce que cette dose de sang est enlevée par des saignées qui se succèdent avec une rapidité jusque là inusitée, et de là le nom de *saignées coup sur coup* qui lui a été donné par nous; 3° en ce que la dose de sang est calculée aussi approximativement que le comporte la nature de l'objet soumis au calcul, et de là le nom de *formule* que nous avons affecté à notre méthode, expression attaquée par quelques personnes, attendu, disent-elles, que jusqu'ici, les praticiens les plus renommés ont soutenu et soutiennent encore, qu'un pareil calcul est *impossible et même* DANGEREUX*, et que les saignées ne sauraient être formulées* (2).

(1) Voy. le chapitre *du rhumatisme articulaire aigu.*

(2) Ainsi que mon ancien élève et compatriote, M. le docteur Gigon,

Sous ce triple rapport la *formule nouvelle* constitue donc une sorte de révolution dans l'une des principales parties de la *tactique thérapeutique.*

Je dis la *tactique thérapeutique*, car ne peut-on pas

en a eu le premier l'idée, on pourrait imprimer aux *variantes* de la formule des saignées coup sur coup selon les cas, la rigueur et la sévérité algébriques. Avec lui, représentons par g la saignée générale, par l la saignée locale ; plaçons au-devant de g et de l des chiffres ou *coefficients* qui indiquent le nombre des saignées ; ajoutons aussi à g et à l des exposants qui indiquent la quantité des palettes ; plaçons ensemble les saignées faites en un jour, et séparons-les entre elles par les signes $+$ et J^{I}, J^{II}, J^{III}, J^{IV} qui signifient premier, deuxième, troisième, quatrième jour ; séparons aussi les saignées générales des locales en plaçant celles-ci au-dessous des premières, sans que cette position annonce aucun signe de division.

Cela posé, nous pouvons exprimer, ainsi qu'il suit, les formules indiquées précédemment touchant la pleuro-pneumonie et le rhumatisme articulaire aigu.

PLEURO-PNEUMONIE.

PREMIÈRE CATÉGORIE. — *Cas assez légers ou à peine de moyenne gravité.*

$$\left(\left(J^{I}\,\frac{2\,g^{8}}{1\,l^{3\text{ à }4}}\right)+\left(J^{II}\,\frac{1\,g^{3\text{ à }4}}{1\,l^{3\text{ à }4}}\right)\right)=5\,g\text{ et }l\text{, ou 4 à 5 livres de sang en 2 jours}$$

DEUXIÈME CATÉGORIE. — *Cas de moyenne gravité ou un peu au-delà.*

$$\left(\left(J^{I}\,\frac{2\,g^{8}}{1\,l^{3\text{ à }4}}\right)+\left(J^{II}\,\frac{1\,g^{3\text{ à }4}}{1\,l^{3\text{ à }4}}\right)+\left(J^{III}\;1\,g^{3\text{ à }4}\right)\right)=6\,g\text{ et }l\text{, ou 5 livres à 5 livres 1/2 de sang en 3 jours.}$$

TROISIÈME CATÉGORIE. — *Cas très graves.*

$$\left(\left(J^{I}\,\frac{2\,g^{8}}{1\,l^{3\text{ à }4}}\right)+\left(J^{II}\,\frac{1\,g^{3\text{ à }4}}{1\,l^{3\text{ à }4}}\right)+\left(J^{III}\;1\,g^{3\text{ à }4}\right)+\left(J^{IV}\;1\,g^{3}\right)\right)=7\,g\text{ et }l\text{, ou 5 livres 1/2 à 6 livres de sang en 4 jours.}$$

comparer le traitement des maladies à une espèce de guerre dirigée contre elles, et cette guerre ne doit-elle pas avoir sa tactique, comme la guerre proprement dite a la

QUATRIÈME CATÉGORIE. — *Cas extrêmement graves.*

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, on peut être obligé de pratiquer une, deux, trois et même quatre saignées de plus que dans la troisième catégorie de cas. Ces cas exceptionnels ont leur formule comme les précédents. Par opposition aux cas extrêmement graves, nous mentionnerons ces cas extrêmement légers dont nous n'avons point placé ici la formule, et qui ne réclament que de une à deux ou trois saignées de trois à quatre palettes.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

PREMIÈRE CATÉGORIE. — *Cas assez légers ou à peine de moyenne gravité.*

$$\left(\left(J'\;1\;g^{4}\right) + \left(J''\,\frac{2}{1}\,\frac{g^{3\text{ à }4}}{l^{3\text{ à }5}}\right)\right) = 4\,g \text{ et } l$$

ou 4 livres environ de sang en 2 jours.

DEUXIÈME CATÉGORIE. — *Cas de moyenne gravité ou un peu au-delà.*

$$\left(\left(J'\;1\;g^{4}\right) + \left(J''\,\frac{2}{1}\,\frac{g^{3\text{ à }4}}{l^{3\text{ à }5}}\right) + \left(J'''\,\frac{1}{1}\,\frac{g^{3\text{ à }4}}{l^{3\text{ à }4}}\right)\right) = 6\,g \text{ et } l$$

ou 5 livres à 5 livres 1/2 de sang en 3 jours.

TROISIÈME CATÉGORIE. — *Cas très graves.*

$$\left(\left(J'\;1\;g^{4}\right) + \left(J''\,\frac{2}{1}\,\frac{g^{3\text{ à }4}}{l^{3\text{ à }5}}\right) + \left(J'''\,\frac{1}{1}\,\frac{g^{3\text{ à }4}}{l^{3\text{ à }4}}\right) + \left(J^{iv}\;1\;g^{3}\right)\right) = 7\,g \text{ et } l$$

ou 5 livres 1/2 à 6 livres de sang en 4 jours.

QUATRIÈME CATÉGORIE. — *Cas extrêmement graves.*

Même remarque que pour les cas correspondants de la pleuro-pneumonie.

Citons maintenant les passages suivants de la thèse de M. le docteur Gigon. Après avoir dit que le principe général de la nouvelle méthode consiste à répéter les saignées dans un espace de temps très rapproché;

sienne? Or, que serait une tactique sans principes, sans règles, sans formules?

Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit si souvent, les formules générales de la tactique thérapeutique, à quelque maladie qu'elles soient appliquées, doivent être convenablement modifiées selon une foule de circonstances, telles que l'âge, la force, le tempérament, le sexe des malades, le siége, l'étendue, les complications, la forme de la maladie, etc., à peu près comme dans la *tactique ordinaire*, les principes généraux doivent être accommodés aux accidents de position, de terrain, à l'espèce d'ennemi, à son nombre, à ses armes, etc.

que la formule ne désigne pas de quantités *absolues* de sang, de même que les formules algébriques ne désignent jamais non plus de quantités concrètes, notre confrère et ami poursuit ainsi :

« Si vous remplacez les signes des formules algébriques par des quan-
» tités concrètes, vous arrivez à l'inconnue ; de même si à la place des
» signes de la formule des saignées, vous mettez des valeurs, c'est-à-dire
» des quantités de sang en rapport avec l'âge, la constitution, le sexe, etc.,
» vous arriverez aussi d'une manière presque constante à dégager l'in-
» connue, c'est-à-dire la santé et la vie. »

M. Gigon résume d'abord le traitement de sept cas de rhumatisme articulaire aigu qu'il a recueillis à la Clinique, et pour les cas qu'il appelle *graves*, il arrive à la formule : $1\,g + \frac{2\,g}{1\,l} + 2\,g + \frac{1\,g}{1\,l}$, c'est-à-dire à une formule qui pour le nombre des saignées et l'espace de temps dans lequel elles ont été pratiquées, est exactement la même que celle de notre troisième catégorie des cas de la même maladie (cas très graves). « Cette formule, dit M. Gigon avec beaucoup de raison, ne peut s'appliquer qu'à la catégorie des cas dans laquelle elle a été employée. Il nous faudrait une plus grande masse d'observations pour en déduire la formule qui convient à chaque catégorie ; peut-être même cette formule n'est-elle pas celle du premier de nos cas qui est noté *sur-aigu*. »

M. Gigon résume en second lieu le traitement de seize cas de pneumonie, et de quatre cas de pleurésie qu'il a recueillis à la Clinique, et qu'il divise en *très graves*, *graves*, *moyennement graves*, *légers* et *très légers* (trois de ces vingt cas n'ont pas été compris dans cette catégorisation). Or, pour les cas *moyens*, *graves* et *très graves*, catégories qui répondent aux trois premières que nous avons établies plus haut, il

Or, les moyens généralement employés jusqu'ici dans les phlegmasies aiguës qui compromettent sérieusement la vie des malades, nous parurent, sous le double rapport de leur *énergie*, et de la *rapidité* avec laquelle on les administrait,

obtient les formules suivantes qui ne diffèrent presque en rien de celles que nous avons exposées de notre côté :

1° *Cas très graves.* $1\,g + \frac{2\,g}{1\,l} + \frac{1\,g}{1\,l} + 1\,g = 7\,g$ et l (même nombre que le nôtre et même espace de temps).

2° *Cas graves.* $1\,g + \frac{2\,g}{1\,l} + 1\,g = 5\,g$ et l.

Une saignée et un jour de moins que pour notre deuxième catégorie : mais la cause de cette différence, c'est que M. Gigon a placé parmi les cas graves des cas que nous avons ralliés à ceux dits *assez légers* ou à *peine de moyenne gravité*. Ce qui le prouve, c'est que la formule des cas qu'il appelle moyens est, comme on va le voir, exactement la même que celle de ses cas graves. Or, en ramenant ainsi la deuxième et la troisième catégorie de M. Gigon à notre première catégorie, la légère différence ci-dessus notée disparaît. Mais de cette manière aucune des catégories de M. Gigon ne correspond à notre deuxième.

3° *Cas moyens.* $1\,g + \frac{2\,g}{1\,l} + 1\,g$.

4° *Cas légers.* $\frac{1\,g}{1\,l} + 1\,g$.

Nous n'avons pas donné plus haut la formule des cas de cette catégorie : si nous l'eussions fait, elle eût été conforme à celle de M. Gigon.

5° *Cas très légers.* Un seul cas enlevé par une saignée de quatre palettes.

Nous n'avons point non plus formulé plus haut le traitement de cette catégorie.

M. Gigon conclut ainsi :

« Voici donc la pleuro-pneumonie divisée en cinq catégories, qui » toutes ont une formule spéciale. (M. Gigon *aurait pu ajouter une* » *sixième catégorie, celle que nous avons désignée sous le nom de cas extrê-* » *mement graves.*) Chaque formule pourtant n'est pas absolue ; quoi » d'absolu en médecine ! On voit donc que l'école de la Charité n'exagère » point l'emploi de la saignée ; que tout est catégorisé, compté, appré- » cié ; que la saignée est réellement employée dans une *certaine* mesure, » ou plutôt dans une mesure certaine, et dans des cas bien déterminés. » (*De l'endocardite rhumatismale et de l'influence des émissions sanguines répétées coup sur coup dans le traitement du rhumatisme; thèse présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le* 1er *juillet* 1837, *par* Claude Gigon, d'*Angoulême.*)

bien au-dessous de ce qu'on était en droit d'exiger de l'art.

Energie, activité, vitèsse et prudence en même temps, poursuite de la maladie, c'est-à-dire de l'ennemi sur tous les points qu'il occupe, et principalement sur le point le plus exposé, jusqu'à ce que toutes les ressources disponibles dans un cas donné aient été épuisées, tels sont les principes fondamentaux qui président à l'emploi des saignées selon la formule dite des *saignées coup sur coup*.

Nous allons résumer tout à l'heure les résultats généraux obtenus par nous depuis que nous avons commencé à livrer cette rude guerre aux phlegmasies aiguës. Toutefois, avant de terminer cette courte analyse des faits et des règles qui concernent la formule des saignées coup sur coup, je dois insister de nouveau sur quelques réflexions que j'ai déjà présentées dans le cours de ce laborieux ouvrage, mais sur lesquelles on ne saurait trop souvent revenir et trop longtemps s'appesantir.

Les saignées coup sur coup, et à la dose que nous avons fixée, sont un de ces moyens héroïques qu'il n'appartient pas à l'ignorance et à la légèreté de mettre en usage, une de ces armes puissantes dont le maniement ne doit pas être confié à des mains inhabiles..

Malheur aux imprudents qui, séduits par l'apparente simplicité de notre formule, s'imagineraient qu'il n'est rien de plus facile que de l'appliquer ! Ce serait là une erreur des plus grossières, et qui pourrait avoir les suites les plus graves. En effet, pour appliquer cette formule d'une manière satisfaisante, c'est-à-dire en l'adaptant convenablement à chaque espèce de phlegmasie, à chacune des catégories de cas que comprend une phlegmasie quelconque ; à chacun des cas particuliers dont chaque catégorie se compose; pour varier en un mot la formule, et la *particulariser*, l'*individualiser*, selon tous les accidents, toutes les circonstances *contingentes* qui peuvent se présenter dans la pratique, certes ce n'est pas trop que

d'invoquer à son aide les lumières que peut seule fournir une longue et infatigable expérience. Ce n'est pas même assez : sans doute une telle expérience est, si j'ose ainsi parler, une véritable providence qui nous inspire et nous éclaire ; mais la plus longue et la plus saine expérience ne suffirait pas elle-même en pareille matière, si l'on ne sentait réellement au-dedans de soi cet instinct d'observation, cette vocation innée qui fait les médecins, comme elle fait les poëtes.

En dernière analyse, je ne prétends pas avoir étudié, ni même avoir rencontré toutes les conditions qui doivent apporter des modifications plus ou moins notables à la formule générale que je propose. Je déclare donc que je fais toutes réserves à cet égard, et c'est pourquoi j'ai toujours pris soin de ne tirer aucune conclusion *absolue*, ou qui ne fût déduite de faits dont les conditions fondamentales avaient été exactement indiquées. C'est à l'avenir à perfectionner, à préciser de plus en plus la formule, à calculer aussi rigoureusement que possible les chances ou les données que l'expérience ne nous a pas fait connaître, et à remplir toutes les lacunes que nous n'avons pu combler nous-même.

Mais il est temps de nous occuper de l'exposition générale des résultats fournis par cette méthode, et de la juger pour ainsi dire par ses œuvres.

CHAPITRE IV.

Influence de la nouvelle formule des saignées sur la durée des phlegmasies; sur le passage de ces maladies de l'état aigu à l'état chronique, et sur leur mortalité.— Parallèle de cette influence avec celle des saignées faites selon les pratiques généralement adoptées jusqu'ici.

ARTICLE PREMIER.

Influence de la nouvelle formule des saignées sur la durée des phlegmasies aiguës, et sur leur passage de l'état aigu à l'état chronique.

§ Ier.

Je ne saurais mieux faire que d'appliquer aux phlegmasies aiguës en général, dont nous nous occupons ici, le passage suivant de mon *Traité clinique des maladies du cœur*, relatif en partie aux phlegmasies aiguës de cet organe, et en partie à celles des autres organes en général.

«C'est pour avoir presque constamment méconnu jusqu'ici la plupart des inflammations aiguës du cœur, que leur traitement a été si précaire et si malheureux. Mais on doit reconnaître aussi que dans les cas rares où elles ont été diagnostiquées, si l'on compte trop peu de guérisons radicales et complètes, il est juste d'en faire peser la responsabilité sur la timidité avec laquelle les moyens convenables ont été mis en œuvre. C'est en procédant avec cette timidité, généralement décorée du faux nom de prudence, que l'on fabrique de toutes pièces, tant de ces maladies appelées *chroniques-organiques* par Corvisart, affections dans lesquelles la débile vue

des praticiens vulgaires ne reconnaît plus, comme le faisait le coup d'œil perçant de ce profond génie, les caractères d'une inflammation *aiguë* passée à l'état *chronique*. Il n'est pas de jour où je n'aie la triste occasion de constater de nouveaux effets de cette déplorable *prudence*, qui conduit lentement au tombeau une bonne partie du genre humain. Oui, j'en conviens, les *demi-moyens* en médecine suffisent assez souvent pour empêcher la mort dans la première période des inflammations aiguës; mais des milliers de faits, recueillis principalement dans les hôpitaux et au Bureau central d'admission, ce grand foyer d'instruction en pareille matière, m'autorisent à poser en loi de l'expérience : que *la plupart de ces inflammations, en passant à l'état chronique, entraînent ces fatales lésions organiques dont les nombreuses et pâles victimes se rencontrent à chaque pas dans la carrière de la pratique.* »

Depuis plus de deux ans que ceci est écrit, j'ai malheureusement continué à recueillir journellement, tant dans la pratique civile que dans celle des hôpitaux, des nouveaux faits à l'appui (1).

Cinq ans déjà passés d'une médecine suffisamment har-

(1) Il n'est pas de praticien de bonne foi qui ne convienne de la vérité que j'énonce ici; elle a été mise hors de doute par les observateurs les plus célèbres, tels que Corvisart, Prost, M. Broussais surtout, etc. Voyez, par exemple, ce qu'a écrit Corvisart d'une maladie qui, simple ou compliquée, cède si facilement à notre formule des émissions sanguines, la péricardite : « Il est bien rare, dit ce grand clinicien, de voir la péricardite parvenir, *par les efforts de la nature et les secours de l'art réunis*, à une terminaison heureuse. Il arrive rarement que cette inflammation se trouve isolée de celle des plèvres, d'une portion plus ou moins considérable de la substance du poumon et de la superficie du cœur lui-même, qui, dans tous les cas, se trouve plus ou moins enflammé; alors, ou la maladie se termine par la mort, *ou elle se transforme en une de ces altérations que j'ai désignées sous le nom de* CHRONIQUES ORGANIQUES. » (Il ne faut pas oublier que Corvisart a considéré comme incurable et mortelle toute maladie de ce dernier genre.)

die, c'est-à-dire véritablement prudente, m'ont appris le précieux secret de préserver de cette funeste terminaison la presque totalité des individus affectés d'une inflammation aiguë, non encore trop avancée au moment où j'ai commencé à la traiter. Que le lecteur parcoure tous les cas de phlegmasie aiguë qui ont été rapportés dans cet ouvrage, et il y trouvera la plus éclatante confirmation de la proposition qui vient d'être émise. Et, certes, ce n'est pas une conquête de peu d'importance que celle dont il est ici question.

§ II.

Non seulement la méthode des émissions sanguines, telle que nous l'avons formulée, prévient ainsi, à part quelques exceptions infiniment rares (une ou deux fois sur mille peut-être), le passage des phlegmasies à l'état *chronique*, mais encore elle abrége considérablement la durée de l'état aigu.

Il résulte clairement des calculs exposés dans le cours de cet ouvrage, que la durée des phlegmasies aiguës traitées par la formule des saignées coup sur coup est de moitié, et peut-être même des deux tiers, moindre que celle de ces mêmes phlegmasies traitées par la méthode ordinaire des saignées, ou par toute autre méthode actuellement connue. C'est encore là, il faut en convenir, un bien beau résultat, soit qu'on le considère purement et simplement sous le point de vue de la puissance de l'art, soit qu'on l'examine aussi sous le rapport *économique*. Sous ce dernier rapport, il ne saurait, ce me semble, être recommandé trop sérieusement à l'administration des hôpitaux. Que si, après avoir fait subir à l'assertion émise plus haut l'épreuve d'une enquête exacte, sévère, cette administration demeurait convaincue que notre assertion n'est que l'expression rigoureuse et fidèle de faits assez nombreux et

bien observés, de combien le budget de ses dépenses ne se trouverait-il pas allégé en supposant que, plus heureuse et plus forte que nous, elle pût parvenir à populariser davantage la nouvelle formule dans les hôpitaux!

Quoi qu'il en soit de cette réflexion qui nous est uniquement inspirée par le sentiment de nos devoirs, nous oserons affirmer que le moment arrivera tôt ou tard où personne ne révoquera plus en doute ce qui vient d'être avancé sur la diminution que la formule des saignées coup sur coup apporte dans la durée des phlegmasies aiguës.

ARTICLE II.

De la diminution de la mortalité sous l'influence de la nouvelle formule des saignées ; parallèle des résultats de cette formule avec ceux des anciennes méthodes.

Je vais commencer cet article par la citation d'un passage de Pinel qui a trait à notre sujet.

§ Ier.

Extrait d'un passage de la *Médecine clinique* de Pinel intitulé : *De la Necrologie.*

« Ce qui peut être regardé comme la pierre de touche de l'exercice régulier de la médecine, est un compte exact et authentique rendu mois par mois, sur le genre de morts qui ont eu lieu, et sur les apparences qu'ont manifestées à l'intérieur les restes froids et inanimés de ceux qui ont succombé, et de comparer ces *apparences* avec l'histoire des maladies. Les histoires détaillées des maladies aiguës que je rapporte au commencement de cet ouvrage font assez connaître la nature de celles qui sont le plus souvent funestes; *et l'autopsie après la mort, en montrant la gravité du mal, ne fait-elle pas aussi voir l'impuissance d'en arrê-*

ter les progrès? En parcourant mes journaux d'observations mois par mois, je trouve parmi ces maladies des *péripneumonies simples,* accompagnées de symptômes très intenses, et rendues plus graves par un âge très avancé; le *plus souvent* aussi des fièvres adynamiques, ou simples ou compliquées, soit avec la fièvre gastrique, soit avec le catarrhe pulmonaire ou la péripneumonie. La fièvre ataxique enfin, en attaquant presque toujours le cerveau, n'enlève-t-elle point à la nature toutes ses ressources, et laisse-t-elle quelque chance favorable pour la guérison (1)?

« A travers tous les systèmes et les opinions qui se sont succédé en médecine, et qui laissent souvent les esprits superficiels dans un état de fluctuation et d'incertitude sur l'efficacité des remèdes et les principes du traitement, il y

(1) Il est fâcheux que Pinel, négligeant ici la méthode statistique, n'ait pas indiqué le chiffre du rapport des cas de guérison aux cas de mort, *dans des conditions bien determinees.* Au reste, dans le passage suivant relatif à sa description du typhus de 1814, on voit avec une vive satisfaction que Pinel avait bien senti l'importance de l'application de la méthode statistique à la médecine. « Rapporter, dit-il, quelques faits épars sur la guérison de cette maladie, sans rien dire du nombre respectif des morts, c'est ne rien obtenir de concluant, et c'est là un inconvénient que j'ai cherché à éviter en mettant en opposition le nombre des événements favorables avec celui des cas contraires. Il est résulté de ce calcul fait avec le plus grand soin, que sur 124 filles de service qui ont été traitées du typhus dans une petite infirmerie qui leur fut consacrée, il n'en est mort que 12, ce qui fait environ le 10e du nombre total. La mortalité de cette maladie, qu'on regarde comme si effrayante, peut donc être très notablement diminuée par un heureux concours des circonstances les plus favorables..... »

Pour plus de précision et d'exactitude, il aurait fallu partager les cas en catégories, selon leurs degrés divers de gravité, indiquer la mortalité propre à chaque catégorie, et formuler avec soin les moyens mis en usage.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop se féliciter de trouver, dans la *Médecine clinique* de Pinel, de si fréquents exemples de la méthode numérique, et de pouvoir opposer l'autorité d'un tel maître aux détracteurs de cette méthode.

a un objet fondamental sur lequel le médecin d'hôpital, dégagé de toute prévention, peut toujours se fixer; c'est de porter une attention particulière au nécrologe, de rechercher non seulement le caractère des maladies qui ont été funestes, mais encore les rapports de la mortalité respective et de diverses saisons et de diverses années, et les divers traitements; cela ne vaut-il donc pas la peine qu'on s'en occupe? Ce rapport a-t-il augmenté durant un mois ou une saison particulière, surtout comparativement à un mois antérieur ou à une saison correspondante de l'année précédente, il faut qu'il prenne aussitôt l'alarme, et qu'il recherche si c'est une suite de la constitution médicale (1), ou bien si cet effet est dû à un vice du local, ou à quelque négligence, à quelque prévention erronée. C'est dans des cas semblables, qu'oubliant son malheureux bonnet de docteur, qui fait si souvent croire à l'infaillibilité, il faut qu'il exerce sur lui-même une censure sévère, et qu'il appelle à l'instant une *réforme*.

» Pour savoir si l'on doit juger d'un hospice consacré à la vieillesse, et en partie à l'enfance, comme on juge d'un hôpital où la plupart des malades soumis au traitement sont dans l'âge adulte, dès les premières années de l'exercice de la médecine à la Salpêtrière, je dressai des tables de mortalité avec désignation des périodes de la vie, et voici les résultats que me donna le trimestre d'automne de l'an IV, époque de la plus grande mortalité dans les hospices par une suite des années d'une disette générale et des événements de la révolution.

» Sur 65 malades qui succombèrent dans ces infirmeries en vendémiaire, 11 étaient au-dessous de 10 ans, 40 entre la 60e et la 80e année; on ne comptait donc que 15 morts entre la 10e et la 60e année.

(1) Nous avons vu précédemment que Pinel s'était bien gardé d'adopter aveuglément ce que Sydenham et d'autres avaient trop légèrement peut-être avancé sur ce sujet.

» En brumaire, 6 malades avaient péri entre la 1re et la 10e année, 65 entre la 60e et la 80e, et 9 dans les âges intermédiaires à la 10e et à la 60e année.

» Résultat encore analogue, quoique avec des différences, pour le mois de frimaire, puisque sur 98 malades qui succombèrent durant ce mois, 12 étaient au-dessous de la 10e année, 68 entre la 60e et la 80e, et 18 depuis la 10e jusqu'à la 60e.

» En résumé : depuis 1 an jusqu'à 60 :

Réceptions, 437. — Morts, 73. — Rapport, 6 : 1.

Depuis 60 ans jusqu'à 80 et au-delà.

Réceptions, 339. — Morts, 169. — Rapport, 2 : 1.

» Si on ne fait point la distinction des périodes de la vie, le rapport général des réceptions aux morts est d'environ 3 à 1, ce qui serait excessif si on ne connaissait point toutes les circonstances qui ont concouru à le produire.

» En mettant un intervalle de plusieurs années pour mieux sentir les différences, il est consolant de pouvoir offrir un rapport bien plus avantageux pour l'automne de l'an VIII. Le nombre des malades entrés à l'infirmerie s'est élevé durant ce trimestre à 365; le total du nombre des morts à 32 : le rapport, par conséquent, de l'un à l'autre est de 11 à 1. Je ne veux point faire honneur à la médecine seule d'un changement aussi favorable, quoiqu'une connaissance plus profonde des localités, une application constante de plusieurs années à rendre plus exacte la description historique des maladies et l'espèce de perfectionnement qu'a acquis ma méthode de classification, puissent aussi revendiquer un peu leur influence particulière; mais on ne peut méconnaître les effets produits par les améliorations faites dans la diététique comparativement à l'an IV. Il y aurait encore beaucoup d'objets à réformer et d'améliorations à introduire dans les hospices par une nouvelle organisation (1).

(1) Très juste à l'époque où écrivait Pinel, cette réflexion n'a pas cessé de l'être aujourd'hui.

» Les trimestres d'automne de l'an VIII et de l'an IX ont déjà été comparés entre eux, et les détails que je donne sur ces objets de comparaison doivent facilement faire pressentir que les rapports de mortalité dans ces deux trimestres doivent être différents : or, *c'est là le résultat d'un calcul rigoureux.* On comptait au 1[er] vendémiaire de l'an IX, dans les infirmeries des maladies internes, 179 malades ; il en est entré 78 durant ce mois, en brumaire 88, en frimaire 89. Le nombre total des malades a donc été durant ce trimestre de 334 ; ce qui, divisé par le nombre des morts, donne 9 à 1 ; celui du trimestre d'automne de l'an VIII a donné un rapport, comme je l'ai dit ci-dessus, de 11 à 1.

» Je finirai tous ces recensements par faire remarquer que la mortalité de l'an IX, prise en entier, offre à très peu près le rapport de 9 à 1, le nombre des malades reçues ayant été de 2,543, et celui des morts de 270. Quelle différence prodigieuse avec l'an IV, si remarquable par les suites de la disette et des événements tumultueux de la révolution ! Un accroissement gradué de la population a toujours été regardé comme un des signes les moins équivoques de la prospérité croissante d'une ville, d'une contrée ou d'un empire. *De même un rapport décroissant de mortalité dans un hôpital ou un hospice, n'est-il point une sorte de garantie que donne la médecine de ses principes et de sa dignité, en luttant contre les efforts de la destruction et de la mort* (1) ? »

(1) Nous recommandons à la méditation de qui de droit cette importante réflexion de Pinel.

§ II.

Parallèle de la mortalité de l'entéro-mésentérite typhoïde (fièvre typhoïde) et de la pleuro-pneumonie, traitées par les anciennes méthodes, avec la mortalité des mêmes maladies, traitées par la nouvelle formule des saignées.

Les deux maladies ci-dessus désignées sont malheureusement les seules sur la mortalité desquelles les auteurs nous aient fourni quelques documents. Après avoir comparé cette mortalité à celle que nous avons observée chez ceux de nos malades qui étaient atteints de ces affections, nous nous occuperons de la mortalité dans les autres phlegmasies que nous avons étudiées, et nous déterminerons enfin LA LOI *de la mortalité dans les phlegmasies aiguës en général, traitées par notre formule des saignées.*

Sur 631 cas de fièvre typhoïde et de pleuro-pneumonie traités par les méthodes exposées dans les ouvrages de MM. Andral, Louis et Chomel, 241 ont été mortels.

141 de ces derniers appartiennent au 331 cas de fièvre typhoïde, sur lesquels la note ci-dessous contient quelques détails, extraits de la seconde section de notre chapitre consacré à l'entéro-mésentérite (1).

(1) Dans son ouvrage sur la *gastro-entérite* ou *affection typhoïde*, M. Louis nous apprend que, sur 138 sujets atteints de cette maladie, dont il a recueilli les observations dans le service de M. Chomel à la Charité, 52, c'est-à-dire plus du tiers, ont succombé.

« La mortalité moyenne, chez les sujets traités par la méthode ordinaire dans nos salles de la Charité et de l'Hôtel-Dieu, s'est élevée, année commune, dit M. Chomel, à peu près au tiers des malades atteints de cette terrible affection.

» Somme totale, la mortalité a été de 71 sur 207 : *un peu plus que le tiers, par conséquent,* » tous les cas compris.

On lit ce qui suit dans l'article de sa *Clinique médicale*, que M. Andral a consacré au traitement de la fièvre typhoïde :

Traitement par les émissions sanguines (selon l'ancienne méthode). « Sur

Les 100 autres cas terminés par la mort font partie des

74 individus, 33 ont succombé (c'est-à-dire près de la moitié, mortalité vraiment effrayante). Parmi ces 33 sujets, plusieurs ne présentaient aucun symptôme grave lorsqu'ils furent saignés ; ils offraient l'ensemble des symptômes de la fièvre inflammatoire ou bilieuse. »

Traitement par les purgatifs. « 10 malades seulement ont pris des purgatifs, et chez 9 d'entre eux la maladie s'est terminée par la mort. Un seul en éprouva une influence salutaire ; *mais chez ce sujet, la cause de la fièvre et des autres symptômes graves résidait*, suivant M. Andral, *dans une ancienne accumulation de matières fécales.* »

Traitement par les toniques. « 40 malades ont été soumis à ce traitement, et chez 26, la maladie s'est aggravée et s'est terminée d'une manière funeste, mortalité plus effrayante encore que celle qui eut lieu chez les individus traités par la méthode ancienne des émissions sanguines.

« En somme, sur les 124 malades dont il vient d'être question, 70 ont succombé, c'est-à-dire un sur moins de deux (1 sur 1 $\frac{27}{35}$). »

Faut-il rappeler ici ce que j'ai dit ailleurs (v. pag. 391 et suiv. du t. Ier) des résultats du traitement par la nouvelle méthode des purgatifs ? il est clairement démontré aujourd'hui que les prétendus succès de cette méthode ne sont rien moins que réels, en sorte que la plupart des praticiens qui l'ont essayée ont fini par y renoncer, et tels sont, par exemple, MM. Chomel et Andral. Je renvoie aux cas publiés par M. Henroz ceux qui voudront savoir combien la méthode des purgatifs a été malheureuse entre les mains du premier de ces deux savants praticiens.

Depuis que ces faits ont été recueillis, M. le docteur Petit-Gand, voulant comparer les résultats de la méthode purgative avec ceux dont il avait été témoin à notre clinique, a suivi la visite de M. Delaroque, et m'a communiqué 9 cas que cet honorable praticien a pris pour des fièvres typhoïdes, et qu'il a traités par sa méthode (juillet et août 1837).

Sur 9 de ces cas, il en est 4 de très légers (de ces 4, il en est même un qui n'aurait pas dû peut-être trouver place ici), et qui se terminèrent par la guérison. Parmi les cinq autres, dont la gravité était moyenne à l'entrée, 3 succombèrent. M. Petit-Gand termine ainsi la lettre dans laquelle il m'a exposé les résultats ci-dessus : « Je puis presque affirmer que les trois malades qui ont succombé auraient été sauvés par votre méthode. Ils offraient le type de la forme inflammatoire, et ils ont été enlevés très promptement (2 du 6e au 13e jour après l'entrée)... Pour moi, ma conviction est entière, et malgré tout, ce sera votre méthode qui constituera mon moyen ordinaire de traitement. »

300 cas de pleuro-pneumonie. La note ci-dessous rappellera quelques uns des détails qui se trouvent consignés à ce sujet dans la seconde section de notre chapitre sur la pleuro-pneumonie (1).

Sur les 440 cas d'entéro-mésentérite typhoïde ou de *fièvre typhoïde* bien caractérisée (abstraction faite des cas de simple fièvre gastrique ou bilieuse) et de pleuro-pneumonie reçus dans mon service, et qui, à quelques exceptions près, ont été traités par les saignées coup sur coup, 57 ont été mortels. Parmi ces derniers, 29 se trouvent dans la classe des cas relatifs à l'entéro-mésentérite, lesquels sont au nombre de 220. La note ci-dessous contient à ce sujet quelques renseignements, en partie extraits de la seconde section du chapitre relatif à l'entéro-mésentérite, en partie nouveaux et fournis par l'analyse de 21 autres cas que nous avons recueillis pendant l'impression de ce troisième volume (2).

(1) « Il résulte d'un relevé de M. Louis, que, sur 123 pneumoniques traités dans le service de M. Chomel à la Charité, la mortalité a été de 40, c'est-à-dire d'environ un tiers.

» Sur 90 pneumoniques reçus en 1829 dans le service de M. Guéneau de Mussy, 38 succombèrent, ce qui porte la mortalité à un peu plus des deux cinquièmes.

» Dans le courant de l'année 1822, sur 63 péripneumoniques reçus à l'hôpital Cochin (service de M. Bertin, dont j'étais l'interne), 16 succombèrent, c'est-à-dire environ 1 sur 4.

» Un relevé publié par M. Cayol lui-même nous apprend que, sur 24 péripneumoniques reçus dans son service lorsqu'il professait la clinique à la Charité, 6 moururent, et que partant la mortalité fut de 1 sur 4. »

(2) » Sur 178 malades que j'ai traités d'entéro-mésentérite ou de fièvre typhoïde *bien caractérisée*, depuis le commencement d'avril 1833 jusqu'au 20 mars 1836, 22 seulement ont succombé, c'est-à-dire que la mortalité a été d'un peu moins de 1 sur 8, au lieu de 1 sur moins de 3 comme chez M. Chomel, et de 1 sur moins de 2 comme chez M. Andral.

« Sur les 50 malades dont les cas ont été rapportés dans cet ouvrage, 3 seulement ont succombé, c'est-à-dire que la mortalité n'a été que de 1 sur 16 à 17, moindre de moitié par conséquent que dans les 178 cas

Les 28 autres cas mortels sont compris dans la classe des cas relatifs à la pleuro-pneumonie, lesquels sont aussi au nombre de 220 comme pour l'entéro-mésentérite ; d'où l'on voit que la mortalité a été presque exactement la même dans ces deux classes de cas (29 sur 220 dans l'une, et 28 sur 220 dans l'autre). Au reste, de son côté, M. Louis avait aussi trouvé que pour les cas qu'il avait recueillis dans le service de M. Chomel, il y avait à peu près égalité de mortalité (1 sur 3) dans la pleuro-pneumonie et la fièvre typhoïde.

Voici dans la note ci-jointe quelques documents dont les uns sont extraits de la seconde section du chapitre de la pleuro-pneumonie, et dont les autres sont relatifs à 47 nouveaux cas de pleuro-pneumonie que nous avons recueillis depuis que les deux premiers volumes de cet ouvrage ont été mis sous presse (1).

précédents. Mais en retranchant de cette série les 23 cas qui peuvent être rattachés à la simple fièvre bilieuse ou gastrique, il nous reste une mortalité de 1 sur 9, c'est-à-dire à peu près égale à celle des 178 cas indiqués plus haut.

» Sur 21 nouveaux malades traités pendant les quatre premiers mois de notre dernière session clinique (avril, mai, juin, juillet 1837), 4 ont succombé, c'est-à-dire près de 1 sur 5. Mais la proportion des cas très graves aux cas moyens et légers a été plus forte que dans nos autres séries, et 1 des malades est mort d'une rupture du cœur et d'une double pneumonie intercurrente. En élaguant ce cas, il nous resterait une mortalité de 3 sur 20, c'est-à-dire d'environ 1 sur 7. Cependant, nous avons compté ce cas parmi les 220 indiqués plus haut, tandis que nous n'y avons point compris 6 cas de simple fièvre gastrique ou bilieuse, qui se trouvaient dans cette dernière série de 21 cas. »

(1) « Sur 152 péripneumoniques traités par moi, depuis le mois de septembre 1831 jusqu'au 20 mars 1836, 18 succombèrent, ce qui donne une mortalité de 1 sur 8 à 9, au lieu de 1 sur 3, comme par l'ancienne méthode, de sorte que sur 300,000 péripneumoniques, on en sauverait 65,000 de plus par notre méthode que par cette dernière.

» Sur les 26 cas rapportés dans cet ouvrage, 3 ont été mortels, c'est-à-dire que nous avons perdu 1 malade sur 8 à 9, et comme parmi les cas

Il résulte du parallèle précédent, entre nos 440 cas de pleuro-pneumonie et d'entéro-mésentérite typhoïde, et les 631 cas des deux mêmes maladies recueillies par d'autres observateurs, que la mortalité chez nos malades n'a été que d'un peu plus de 1 sur 8 (1 sur $7 \frac{41}{57}$), tandis que chez les autres malades, elle a été de 1 sur 2 à 3 (1 sur $2 \frac{149}{241}$). Cette différence est vraiment énorme, et c'est par milliers qu'il faudrait réellement compter les hommes que sauverait la nouvelle formule des saignées, si elle était convenablement appliquée à tous ceux qui, annuellement, soit en France, soit dans le reste de l'Europe, sont atteints de l'une ou l'autre des deux maladies dont il vient d'être question.

Ainsi que je l'ai déjà annoncé, je ne puis faire pour la mortalité des autres maladies qui me restent à examiner, la comparaison que j'ai faite pour la pleuro-pneumonie et la fièvre typhoïde, attendu que les auteurs ne m'ont pas fourni l'un des termes dont j'aurais besoin pour cette comparaison. D'un autre côté, sur plusieurs des phlegmasies dont il me reste à parler, je n'ai pas recueilli un assez bon nombre de cas pour en déduire des conséquences générales sur le

mortels il en est 1 qui ne fut pas traité par les saignées coup sur coup, si on en faisait abstraction, il nous resterait 25 péripneumoniques dont 12 seulement succombèrent, c'est-à-dire 1 sur 12 à 13 (toutefois ce cas est compris parmi les cas mortels dont le total a été indiqué plus haut).

Pendant les mois de mars et de février, époque où régnait la grippe, 16 péripneumoniques ont été traités dans nos salles, et 2 ont succombé, ce qui donne une mortalité de 1 sur 8.

» 31 cas de pleuro-pneumonie ont été traités pendant les quatre premiers mois de la clinique de 1837, et 5 ont été funestes, ce qui donne une mortalité d'un peu moins de 1 sur 6. Des 5 malades qui succombèrent, 1 était guéri de sa pleuro-pneumonie, et fut emporté par un énorme érysipèle gangréneux, contre lequel on ne put recourir aux émissions sanguines coup sur coup. En défalquant ce malade du nombre total, il nous en reste 30 dont 4 succombèrent, c'est-à-dire 1 sur 7 à 8 (toutefois ce cas est porté en compte dans le total des 28 mentionnés plus haut). »

chiffre de leur mortalité quand elles sont traitées par la nouvelle méthode.

Mais en réunissant entre eux les cas qui me restent, et en les ajoutant à ceux relatifs aux deux précédentes maladies, j'aurai un total assez imposant et dont je tirerai une conclusion de quelque valeur.

§ III.

Mortalité chez tous nos malades réunis. — Loi de mortalité dans les phlegmasies aiguës en général, traitées par notre formule.

Si, aux 440 cas ci-avant indiqués d'entéro-mésentérite typhoïde et de pleuro-pneumonie, on ajoute 387 cas relatifs à l'angine, l'érysipèle, la pleurésie, la péricardite, l'endocardite, la péritonite, la méningite, la métrite, l'arthrite ou synovite rhumatismale (rhumatisme articulaire), dont 363 se trouvent rapportés ou simplement mentionnés dans les deux premiers volumes de cet ouvrage, et dont 24 autres ont été recueillis depuis l'impression des volumes indiqués; si, dis-je, on fait cette addition, il en résulte un total de 827 cas, dont 67 ont été mortels.

Des 67 cas mortels, 57 sont relatifs à l'entéro-mésentérite et à la pleuro-pneumonie dont nous avons déjà parlé; il ne nous reste donc plus qu'à indiquer quelles sont les autres maladies qui ont fourni les dix autres cas, et c'est ce que nous allons faire.

1° *Pleurésie.*

Sur 57 cas de pleurésie, 6 ont eu une terminaison funeste (1 sur 9 environ). On trouvera dans la note ci-jointe quelques détails à ce sujet (1).

(1) Depuis avril 1834 jusqu'au 20 mars 1836, nous avons traité 21 cas de pleurésie qui tous ont guéri.

Depuis le 1er avril 1836 jusqu'au mois de décembre suivant, nous

2° *Erysipèle.*

Sur 60 cas d'érysipèle, qui presque toujours siégèrent à la face, 1 seul se termina par la mort (1).

3° *Péritonite.*

Sur 2 cas de péritonite, 1 se termina par la mort (2).

avons traité 21 nouveaux cas, dont 1 fut mortel, et il ne l'aurait pas été si le malade ne fût arrivé trop tard et dans un état de détérioration ou de cachexie dû à des maladies antérieures.

Pendant les quatre premiers mois du semestre clinique de 1837 (avril, mai, juin, juillet), nous avons reçu 15 cas de pleurésie. Cinq malades ont succombé, c'est-à-dire 1 sur 3, ce qui, pour nous, est une énorme mortalité, dont il importe de faire connaître les causes. Or, un des sujets qui moururent est une femme qui ne fut point traitée par les saignées coup sur coup, et chez laquelle il survint dans la cavité de la plèvre une hémorrhagie foudroyante (elle fut mortelle en 24 à 36 heures). Un second malade nous arriva dans un état cachectique, et déjà, faute d'un traitement convenable, la pleurésie commençait à passer à l'état chronique. A la suite des préparations mercurielles, il survint une violente angine qui ne put être traitée énergiquement, et qui précipita la mort du sujet. Le troisième malade était convalescent et mangeait la demie, lorsqu'il fut pris d'une angine gangréneuse, qui, traitée peu énergiquement, ne tarda pas à devenir mortelle. Chez un quatrième, la maladie datait d'un mois passé, et l'épanchement était si considérable, que le cœur s'en trouvait refoulé dans le côté droit. Chez le cinquième enfin, nous aurions probablement été plus heureux, si le traitement n'eût été conduit avec un peu trop de mollesse.

En dernière analyse, il n'est réellement qu'un seul malade chez lequel la méthode n'ait pas réussi, puisque, chez les quatre autres, ou bien elle n'a pas été employée, ou bien elle l'a été trop tard, ou bien la mort a été la suite d'une maladie intercurrente non traitée par les saignées coup sur coup.

(1) Dans ce cas, l'érysipèle occupait la cuisse chez un individu atteint de rhumatisme articulaire aigu. Dans ce même cas, d'ailleurs, on n'eut point recours aux saignées coup sur coup.

(2) Cette péritonite fut le résultat d'une perforation intestinale. Le malade mourut quelques heures après son entrée.

4° *Méningite.*

1 seul cas qui se termina d'une manière funeste (1).

5° *Métrite.*

1 seul cas qui fut mortel (2).

6° *Arthrite rhumatismale, ou rhumatisme articulaire.*

136 cas, tous guéris.

7° *Angine gutturale.*

127 cas, tous guéris.

8° *Péricardite et endocardite* simples *ou sans coïncidence de pleurésie, de pleuro-pneumonie ou de rhumatisme articulaire aigu.*

3 cas, tous guéris.

Ainsi donc, en dernière analyse, sur les 827 cas relatifs aux diverses phlegmasies ci-dessus désignées, 67 ont été mortels ; la mortalité a, par conséquent, été d'un peu moins de 1 sur 12.

Quelque favorable que soit ce résultat, il s'en faut beaucoup qu'il soit tel qu'on a droit de l'attendre du traitement de ces phlegmasies par la nouvelle formule des émissions sanguines, appliquée à temps ; il s'agit donc maintenant de défalquer tous les cas mortels dans lesquels cette formule n'a point été employée, ou du moins ne l'a pas été en temps convenable. Cela étant fait, nous obtiendrons le chiffre réel de la mortalité pour les phlegmasies ainsi traitées par la nouvelle méthode, dans les conditions d'âge, de

(1) Le malade mourut le jour même de son entrée.

(2) La maladie datait déjà d'une quinzaine de jours, et ne fut point traitée par les saignées.

sexe, de tempérament, de lieu, etc., etc., où se trouvaient nos malades.

Or, sur 45 de nos 67 cas mortels que j'ai pu étudier sous le point de vue qui nous occupe, il s'en trouve 13 où la méthode ne fut pas employée, et 19 où elle ne le fut qu'à une époque trop éloignée du début (1).

Restent 22 cas que je n'ai pas sous les yeux, et dans lesquels, d'après le calcul des probabilités, on peut en compter au moins 18 appartenant à ceux où la méthode ne fut pas employée, ou le fut trop tard.

Voilà donc 50 cas à mettre de côté; il nous reste encore, par conséquent, 777 cas traités par notre formule, cas parmi lesquels 17 seulement ont été mortels.

Par conséquent aussi, le chiffre de la mortalité est de 1 sur 45 à 46 (exactement 1 sur 45 $\frac{2}{17}$); c'est-à-dire que le nombre des cas de guérison l'emporte tellement sur le nombre des cas de mort, que ceux-ci peuvent être considérés comme des *cas exceptionnels* (2).

(1) Voici la distribution de ces cas, selon les espèces de phlegmasies: parmi les 13 cas où la formule ne fut pas employée, 8 appartiennent à la pleuro-pneumonie, 1 à la pleurésie, 1 à la péritonite, 1 à la méningite, 1 à la métrite, 1 à l'érysipèle; parmi les 19 dans lesquels la formule ne fut appliquée que trop tard, 12 sont relatifs à la pleuro-pneumonie, 5 à la fièvre typhoïde (entéro-mésentérite typhoïde), 2 à la pleurésie.

(2) Il m'est d'autant plus permis de les considérer comme *exceptionnels*, qu'en examinant attentivement nos 17 cas de mort, je trouve qu'effectivement, dans la plupart d'entre eux, la guérison de leur maladie primitive avait été obtenue, et que la mort est survenue par l'effet d'une rechute ou par le développement *accidentel* d'une nouvelle phlegmasie qu'il n'a plus été possible de traiter par la formule des saignées coup sur coup, ni même par les saignées suivant la méthode ordinaire.

C'est ce qui est arrivé, par exemple, chez 5 des 8 péripneumoniques qui succombèrent, après avoir été traités à temps par notre formule. Le premier était convalescent d'une pleuro-pneumonie droite, lorsqu'il fut pris d'une pleuro-pneumonie gauche nouvelle; le second était en voie de convalescence, lorsqu'il fut pris d'une laryngite pseudo-membraneuse mortelle; le troisième était guéri, lorsqu'il fut pris d'un érysipèle phlegmoneux

Par conséquent enfin, ainsi que notre savant confrère M. Capuron le proclamait naguère au sein de l'Académie royale de médecine, étonnée et presque scandalisée d'une assertion aussi hardie, nous sommes en droit d'ériger en fait général, en *fait-principe*, ou en LOI *de thérapeutique* la proposition suivante :

Dans les phlegmasies aiguës traitées à temps par la formule des émissions sanguines bien adaptée aux divers cas, chez des individus de l'âge de 14 à 60, et même 70 ans, d'une constitution de force ordinaire,

LA GUÉRISON EST LA RÈGLE, ET LA MORT L'EXCEPTION.

Je dis que cette conclusion est déduite légitimement des faits ci-dessus analysés; car, 1° ces faits ont été recueillis avec toute l'exactitude et toute la publicité désirables, 2° ils sont assez nombreux, et 3° l'espace de temps durant lequel ils ont été observés est suffisamment long (1), pour qu'on puisse en *généraliser* les résultats.

du bras droit, érysipèle qui ne tarda pas à devenir mortel, après avoir revêtu la forme gangréneuse et s'être étendu au tronc; le quatrième était convalescent, quand il fut pris d'un érysipèle de la face qui se termina par la mort; le cinquième, enfin, était un sujet scrofuleux, émacié, et chez lequel la pneumonie avait néanmoins été enlevée, lorsqu'il fut pris d'un catarrhe chronique, puis d'une pleurésie aiguë, qui l'emporta rapidement.

Restent trois cas, dans lesquels la formule fut impuissante, uniquement en raison de la violence, de l'étendue et des complications de la pneumonie. Dans un cas, le malade succomba le deuxième jour après l'entrée; dans le second cas, la pneumonie était double et compliquée d'aortite avec concrétion sanguine; dans le troisième cas, il existait un double engouement pneumonique avec bronchite capillaire, sorte de pneumonie *fausse* ou *bâtarde*, plus grave, toutes choses d'ailleurs égales, que la pneumonie *franche, vraie, légitime*.

(1) J'indique cette circonstance pour ceux qui prétendent que la *constitution médicale* variant chaque année et même plusieurs fois dans le cours d'une année, les résultats qu'on obtient durant une année, ou

Au reste, je conviens que cette *généralisation* ne serait rien moins que pleinement satisfaisante, si elle dérivait de faits qui n'auraient pas été d'abord *bien spécifiés, bien précisés, bien pesés, bien catégorisés.*

Alors, en effet, on pourrait objecter que la plupart de nos 777 cas appartenaient, sans doute, à des phlegmasies aiguës d'une espèce peu grave, tandis que sur ce nombre, au contraire, il y en a les deux tiers environ qui regardent la pleuro-pneumonie et la fièvre typhoïde (entéro-mésentérite typhoïde), double maladie que tous les praticiens placent au rang des plus meurtrières; tandis que c'est précisément, au contraire, aux cas de cette maladie que nous appliquons la nouvelle *loi* de mortalité formulée plus haut : DANS LES PHLEGMASIES AIGUES, TRAITÉES A TEMPS, etc. Car, s'il s'agit de phlegmasies moins graves, telles que l'angine gutturale, l'érysipèle de la face, la pleurésie simple elle-même, les sujets offrant les conditions posées dans la loi ci-dessus, l'*exception*, c'est-à-dire la terminaison fatale, devient tellement rare, qu'à peine si l'on doit en tenir compte.

Alors, en effet, on pourrait encore objecter que les cas relatifs à la pleuro-pneumonie, à l'entéro-mésentérite, étaient, du moins pour la plupart, des cas douteux, mal *diagnostiqués* (cette dernière objection a, comme on sait, été faite par M. Louis), tandis que pour ces deux maladies le diagnostic a toujours reposé sur leurs signes les plus caractéristiques et vraiment *pathognomoniques*, et que, bien plus, pour la seconde de ces maladies, nous n'avons pas mis en ligne de compte les cas de simple fièvre gastrique ou bilieuse, contrairement au calcul des observateurs auxquels nous répondons.

même durant une saison, sous l'influence d'une méthode thérapeutique donnée, ne prouvent rien en faveur de cette méthode pour les années ou les saisons suivantes.

Pour plus de détails sur la discussion de ces objections et d'autres, je dois renvoyer, d'ailleurs, aux chapitres consacrés à l'étude de chaque phlegmasie en particulier.

Les observations particulières sont aussi là pour répondre à ceux qui prétendraient trouver le secret de nos succès dans le peu de gravité des cas auxquels nous avons eu affaire (1).

Quiconque aura bien médité, bien pesé nos observations, reconnaîtra donc que la médecine est aujourd'hui toute-puissante dans le traitement des phlegmasies aiguës prises à temps, et bientôt, je l'espère, nous ne verrons plus les médecins eux-mêmes payer quelquefois de leur vie le doute en matière du traitement de la pneumonie elle-même (2).

En définitive, quels que soient les obstacles que les passions et les intérêts divers puissent opposer à la nouvelle formule des émissions sanguines, c'est-à-dire à une formule qui a fait baisser de plus de moitié le chiffre de la mortalité

(1) Tout en signalant les grands et incontestables avantages que l'on obtient de la formule nouvelle des saignées, j'ai bien pris garde de ne négliger aucun des moyens adjuvants ou auxiliaires dont une expérience éclairée a *positivement démontré* l'utilité; les observations particulières sont encore là pour attester la vérité de ce que j'affirme ici. A Dieu ne plaise que je proscrive systématiquement une méthode ou un moyen thérapeutique quelconque! mais avant que je me décide à en faire usage, j'ai besoin de connaître le nombre des expériences exactes qui déposent en sa faveur.

Ce n'est pas moi, d'ailleurs, qui chercherai à limiter la puissance et l'étendue de ce génie du progrès qui préside à toutes les sciences d'observation, et à la médecine en particulier. Je reconnais, au contraire, que son empire est en quelque sorte sans bornes (*imperium sine fine*), et s'il surgit quelque jour une méthode préférable à celle que je viens de formuler, je ne serai pas le dernier, j'espère, à l'accueillir, et à lui payer un juste tribut de reconnaissance.

(2) Parmi ceux de nos confrères qui, depuis quelques années, ont été emportés par cette maladie, et qui, si je ne m'abuse, auraient été sauvés par la nouvelle formule, je citerai le professeur Royer-Collard, Parent-Duchâtelet, Spurzheim.

des phlegmasies aiguës les plus meurtrières, traitées par les méthodes jusqu'ici connues; quels que soient, dis-je, les obstacles contre lesquels cette formule ait à lutter, ELLE VAINCRA (1).

(1) Que dis-je? la *nouvelle formule* n'a-t-elle pas déjà en très grande partie triomphé, et après avoir été pendant cinq années soumise à l'épreuve d'une vive opposition, n'a-t-elle pas reçu cette sorte de baptême à la faveur duquel les choses nouvelles sont enfin consacrées par l'assentiment d'un grand nombre de personnes éclairées et compétentes? En même temps que, dans la capitale, la nouvelle formule a été adoptée par des praticiens parmi lesquels il en est qui portent des noms illustres, une foule de jeunes médecins, témoins assidus de ses succès à la Clinique de la Charité, l'ont pour ainsi dire importée dans nos départements.

Qu'il me soit permis à cette occasion, moins en mon propre nom qu'au nom de la vérité elle-même, de remercier publiquement les nombreux jeunes gens qui ont uni leurs efforts aux miens pour le triomphe de la pratique qui nous occupe. Déjà dans de précédents ouvrages (voy. *le Traité clinique des maladies du cœur*, les *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu* et l'*Essai sur la philosophie médicale*), j'ai fait connaître les noms de quelques uns de ces jeunes et dévoués amis du progrès. Parmi les candidats qui, dans le cours de la présente année (1837), ont soutenu à la Faculté de médecine des thèses consacrées à la défense de la nouvelle formule, je citerai en particulier MM. Pouchain, Duclas, Petit-Gand, Gigon, mon compatriote, Carteron et Sanguinetti. Je recommande la lecture des excellentes dissertations inaugurales de ces trois derniers, à ceux de mes jeunes lecteurs qui n'ont pas encore subi la dernière épreuve pour le doctorat, et ils me sauront gré de mettre sous leurs yeux les passages suivants des thèses indiquées.

Je commencerai par celle de M. le docteur Gigon, dont j'ai déjà parlé dans un autre article de cet ouvrage « La saignée, dit-il, est une arme qui, pour être maniée avec fruit, exige une connaissance profonde, presque mathématique, des maladies, et une appréciation rigoureuse de l'intensité du *casus*. N'est-ce pas à l'absence de ces conditions indispensables que sont dues ces vicissitudes de l'histoire de la saignée? les uns sont sans doute allés au-delà, d'autres sont restés en-deçà du but, et chacun de crier contre le prince des antiphlogistiques, lorsque c'était contre eux-mêmes, contre leurs fausses appréciations qu'il fallait tonner..... M. Louis semblait lui avoir porté le dernier

Telle est ma conclusion finale, mon dernier mot sur la nouvelle formule.

Arrivé maintenant au terme de cet ouvrage, j'oserai choisir pour *épilogue* celui que je trouve dans les *Observations médicales de Sydenham sur l'histoire et le traitement des maladies aiguës ;* heureux de rendre ainsi un dernier hommage au médecin illustre qui concourut le plus puissamment aux *progrès* de la médecine pendant la dernière moitié du XVIIe siècle, et qui fut, sans contredit, le prince des observateurs de cette époque !

coup..... Certes, il fallait une énergie bien rare pour venir dire à la face de toute une génération habituée à entendre proclamer chaque matin l'impuissance de la saignée, qu'il n'en était rien, et que la mortalité pouvait être diminuée de moitié au moins par les saignées bien faites, c'est-à-dire sauver en Europe plusieurs centaines de mille d'individus par an.....»

Après avoir réfuté certaines objections faites à la *nouvelle formule*, M. Gigon termine ainsi :

« Nous avons exposé consciencieusement tout ce que nous avons vu, avec la bonne foi et l'indépendance qu'a toujours approuvées cette école ; nous l'avons fait parce que notre conscience nous eût reproché de reculer lorsqu'il fallait défendre le saint drapeau de la vérité. Peu nous importe le nombre des ennemis, la raison et les faits sont pour nous. » (THÈSES DE 1837 ; n° 181.)

M. Carteron s'exprime ainsi sur le compte de la *nouvelle formule* appliquée au traitement de l'entéro-mésentérite typhoïde ou fièvre typhoïde :

« En voyant des auteurs aussi recommandables se prononcer les uns pour, les autres contre des moyens thérapeutiques si différents; en voyant M. Andral se placer comme médiateur entre les deux camps ennemis, j'ai reculé quelques instants devant les nombreuses difficultés que m'offrait mon sujet..... Cependant, si le jeune praticien ne sait à quoi s'en tenir sur la valeur d'un symptôme et d'une méthode thérapeutique, quelle contenance fera-t-il au lit du malade? Pour me créer une conviction, je n'ai négligé aucune occasion, d'abord de voir et d'observer par moi-même ; puis, dans le silence du cabinet, soumettant à la faible lumière de mon intelligence les faits que j'avais recueillis dans les hôpitaux, ceux, mille fois plus nombreux, que j'ai lus dans les auteurs,

« *Atque hæc sunt, quæ hactenùs observavi de numerosâ morborum tribu in varias familias dispertitâ, qui febrium sub nomine censentur, atque de iis symptomatis, quæ ab illâ pendent, in quibus id seriò egi, ut nullas putationes meas, nulla imaginaria cerebri commenta orbi venderem; animo verò sincero candidoque, nullique adeò hypothesi adstricto, eorum historiam et naturalia phænomena aliis traderem; curationes enim pari fide, et cautelâ pari subnecterem. Quod si vehemens desiderium methodum certio-*

j'en ai tiré des conséquences, tantôt pour confirmer, tantôt pour infirmer les idées généralement reçues. »

Après l'exposition raisonnée de recherches statistiques multipliées sur le sujet dont il s'occupe, M. Carteron arrive à la conclusion suivante :

« Dans l'état actuel de la science, la méthode de M. Bouillaud me paraît l'emporter de beaucoup sur les autres méthodes de traitement. Ne pas l'expérimenter comme on l'a fait pour les purgatifs, c'est commettre une injustice; ne pas vouloir l'employer dès qu'on aura reconnu ses avantages, ce serait commettre un crime de lèse-humanité. » (*De* L'ENTÉRO-MÉSENTÉRITE TYPHOÏDE OU FIÈVRE PUTRIDE *des anciens; thèse soutenue le 1er juin 1837, par Paul-Alexandre Carteron.*)

Passons à la dissertation de M. Sanguinetti, de Modène. Elle a pour titre : *De l'Endocardite aiguë et de sa fréquente coïncidence avec le rhumatisme articulaire aigu, fébrile et généralisé*, et elle a été soutenue le 24 juillet 1837.

« Dans quelle mesure faut-il employer le traitement antiphlogistique? Eh bien! dit M. Sanguinetti, il faut consulter l'expérience. Elle nous prouve que la méthode des larges émissions sanguines pratiquées coup sur coup réussit merveilleusement dans le traitement des maladies aiguës des organes importants, surtout prises à leur début. Les faits publiés par M. Bouillaud le constatent de la manière la plus évidente pour qui examine de bonne foi; de plus, sa pratique journalière à l'hôpital de la Charité consacre continuellement ce résultat. Ceux qui en doutent pourraient le voir de leurs propres yeux. ET NOUS AUSSI (nous le confessons avec franchise), NOUS EN DOUTIONS D'ABORD; MAIS, APRÈS AVOIR ATTENTIVEMENT LU LES FAITS PUBLIÉS, ET, CE QUI VAUT MIEUX ENCORE, APRÈS AVOIR VU BON NOMBRE DE CAS SEMBLABLES AUX LITS DES MALADES, NOUS MENTIRIONS A NOTRE CONSCIENCE SI NOUS EXPRIMIONS ICI UN DOUTE, D'AILLEURS DANGEREUX ET PEU PHILOSOPHIQUE..... « *nam agitur de pelle humana.* »

rem minusque lubricam, in utilissimo tuendæ mortalium vitæ negotio, expiscandi constabiliendique, me in semitas nullo anteà pede calcatas pertraxerit; nemo eruditorum, uti spero, mihi imputabit, quòd vel spretis aliorum judiciis, meo nimium fidam, vel rebus studeam novis; cum et non spernendus rerum eventus mihi hæc investiganti ingentes hucusque animos dederit, et posterorum experimenta sine dubio meam fidem sint liberatura. Et profectò haud oscitanter impugnandum est hoc morborum tam pestiferum agmen, quod nullo non die cum genere humano bellum gerit internecinum, et cujus telis duo ad minimum hominum trientes, si eos demas, qui violentâ morte perimuntur, confossi quotannis occumbunt. Indesinentes horum morborum impetus, et quotidianæ, quas etiam de viris robustissimis et ætate maximè florentibus, reportabant, victoriæ (non obstantibus suppetiis his omnibus, quæ nobis hactenus attulere speciosæ istæ methodi in speculativorum libris satis fidenter descriptæ), animo meo hæc primùm agitanti minus satisfaciebant; cum reapsâ cernerem, ludicra ista cerebrosorum commenta ità parum ad reintegrandam ægrotorum sanitatem conferre, ut qui ad asyla hæc confugerant, quicquid pollicitarentur thrasones dogmatici, haud meliori in loco essent, quàm qui neglectâ arte se totos naturæ permiserint. Si quid ego hic egero, quo vel periculi, vel etiam difficultatis, quæ in his morbis persanandis plerumque occurrunt, pars aliquâ levetur (quod salvâ verecundia, me mihi polliceri posse saltem spero), scopum quadantenus assequutus sum, et dulcissimum improbi laboris in bono proximi quærendo rectè collocati, fructum fero. »

FIN DU TROISIÈME ET DERNIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

DU TROISIÈME VOLUME.

SUITE DE LA PREMIÈRE DIVISION.

CHAPITRE XIII.

SECONDE DIVISION.

CHAPITRE Ier.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

CHAPITRE V.

CHAPITRE VI.

CHAPITRE VII.

SECONDE CLASSE.

PREMIÈRE DIVISION.

CHAPITRE Ier.

CHAPITRE II.

SECONDE DIVISION.

CHAPITRE UNIQUE.

TROISIÈME CLASSE.

CHAPITRE Ier.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME ET DERNIER VOLUME.

TABLEAU SYNOPTIQUE *indiquant le nombre, l'espèce de cas, et leur terminaison par la guérison, le soulagement ou par la mort.*

PREMIERE CLASSE. — *Phlegmasies.*

Ire DIVISION. — PHLEGMASIES AIGUES.

	NOMBRE DES CAS.		TERMINAISON PAR LA GUÉRISON OU PAR LA MORT.
CHAP. Ier. — Phlegmasies des intestins et de l'estomac	70	Entéro-mésentérite typhoïde, et gastro-entérite simple. 50	47.—Guérison. 3.—Mort.
		Gastro-duodénite, et entéro-colite. 21	21.—Guérison. 0.—Mort.
CHAP. II. — Angine gutturale et stomatite	7		7.—Guérison. 0.—Mort.
CHAP. III. — Péritonite	2		1.—Guérison. 1.—Mort.
CHAP. IV. — Érysipèle	7		6.—Guérison. 1.—Mort.
CHAP. V. — Phlegmasies ou fièvres éruptives {5 varioles, 2 rougeoles}	7	5 varioles. 2 rougeoles.	7.—Guérison. 0.—Mort.
CHAP. VI. — Pleuro-pneumonie	27		24.—Guérison. 3.—Mort.
CHAP. VII. — Pleurésie	21		20.—Guérison. 1.—Mort.
CHAP. VIII. — Bronchite	11		11.—Guérison. 0.—Mort.
CHAP. IX. — Endocardite simple	3		3.—Guérison. 0.—Mort.
CHAP. X. — Méningite	1		0.—Guérison. 1.—Mort.
CHAP. XI. — Métrite	1		0.—Guérison. 1.—Mort.
CHAP. XII. — Arthrite rhumatismale (rhumatisme articulaire)	27		27.—Guérison. 0.—Mort.
CHAP. XIII. — Phlegmasies des organes génitaux externes	1		1.—Guérison. 0.—Mort.

IIe DIVISION. — PHLEGMASIES CHRONIQUES.

	NOMBRE DES CAS.	TERMINAISON PAR LA GUÉRISON OU PAR LA MORT.
CHAP. Ier. — Péritonite	3	0.—Guérison. 3.—Mort.
CHAP. II. — Bronchite simple	6	6.—Guérison. 0.—Mort.
CHAP. III. — Bronchite avec tuberculisation pulmonaire	13	4.—Soulagement. 9.—Mort.
CHAP. IV. — Endocardite et péricardite, suivies de lésions dites *organiques* du cœur	20	14.—Soulagement. 6.—Mort.
CHAP. V. — Arthrite rhumatismale	2	1.—Guérison. 1.—Soulagement.
CHAP. VI. — Phlegmasies des organes génitaux, vénériennes ou non vénériennes	10	9.—Guérison ou soulagement. 1.—Mort.
CHAP. VII. — Phlegmasies des organes sécrét. ou excrét. des urines	2	2.—Guérison ou soulagement. 0.—Mort.

SECONDE CLASSE. — *Névroses.*

Ire DIVISION. — NÉVROSES CÉRÉBRO-SPINALES.

		NOMBRE DES CAS.	TERMINAISON
CHAP. Ier. — Névroses des nerfs du sentiment et du mouvement.	Névralgies. Paralysies.	15	15.—Guérison ou soulagement. 0.—Mort.
CHAP. II. — Névroses des centres nerveux	Hystérie. Chorée. Catalepsie. Epilepsie.	5	5.—Guérison ou soulagement. 0.—Mort.

IIe DIVISION. — NÉVROSES GANGLIONNAIRES.

		NOMBRE DES CAS.	TERMINAISON
CHAP. UNIQUE. — Fièvres intermittentes.	Quotidienne. Tierce. Quarte.	18	18.—Guérison. 0.—Mort.

TROISIEME CLASSE. — *Augmentation ou diminution de la nutrition, des sécrétions et de l'absorption.*

ORDRE 1er. — *Lésion de nutrition.*

	NOMBRE DES CAS.	TERMINAISON
CHAP. UNIQUE. — Hypertrophie du cœur	2	2.—Guérison ou soulagement. 0.—Mort.

ORDRES II ET III. Lésion de sécrétion et d'absorption.

		NOMBRE DES CAS.	TERMINAISON
ORDRE II. Lésion de sécrétion.	Sudamina. Hydropisies actives. {Anasarque. Ascite. Œdème du poumon.}	2	2.—Guérison ou soulagement. 0.—Mort.
	Diabète sucré	1	0.—Guérison. 1.—Mort.
ORDRE III. Lésion d'absorption.	Hydropisies passiv. (voir les maladies dont elles étaient l'effet)		

QUATRIEME CLASSE. — *Hémorrhagies.*

	NOMBRE DES CAS.	TERMINAISON
Hémorrhagie cérébrale (apoplexie)	2	1.—Soulagement. 1.—Mort.
Hémorrhagie pulmonaire	2	2.—Guérison. 0.—Mort.
Hématémèse	1	1.—Guérison. 0.—Mort.
Métrorrhagie	1	1.—Guérison. 0.—Mort.

CINQUIEME CLASSE. — *Lésions de l'hématose.*

	NOMBRE DES CAS.	TERMINAISON
Chlorose, anémie et hydrémie	16	16.—Guérison ou soulagement. 0.—Mort.
Asphyxie par submersion	1	0.—Guérison. 1.—Mort.

Supplément contenant :

		NOMBRE DES CAS.	TERMINAISON
1° 7 cas dont le diagnostic n'a pas été précisé.	2 cas relatifs aux centres nerveux. 2 cas relatifs aux lésions de l'appareil biliaire. 2 cas relatifs aux lésions de l'utérus considéré comme organe de la menstruation. 1 cas relatif aux lésions de l'appareil urinaire.	7	7.—Guérison ou soulagement. 0.—Mort.
2° Six cas sans maladie réelle		6	

Total des cas 320

Nombre de cas terminés par la mort 33

Chiffre de la mortalité .... 1 sur 9 $\frac{1}{11}$.

THOMSON. Traité médico-chirurgical de l'Inflammation; par J. Thomson, professeur de chirurgie à l'Université d'Edimbourg; traduit de l'anglais sur la dernière edition et augmenté d'un grand nombre de notes, par A.-J.-L. Jourdan et F.-G. Boisseau. Paris, 1827. 1 fort vol. in-8. 9 fr.

TIÉDEMANN. Traité complet de physiologie, *physiologie générale et comparée*; par F. Tiédemann, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Université de Heidelberg; traduit de l'allemand, par A.-J.-L. Jourdan, D. M. P. Paris, 1831, 2 vol. in-8. 11 fr.

TIÉDEMANN et GMELIN. Recherches expérimentales, physiologiques et chimiques sur la digestion, considerée dans les quatre classes d'animaux vertébrés; par F. Tiédemann et L. Gmelin, professeur à l'Université de Heidelberg; traduites de l'allemand, par H.-J.-L. Jourdan. Paris, 1827, 2 vol. in-8., avec grand nombre de tableaux. 15 fr.

TISSOT. De la santé des gens de lettres; par Tissot, avec une notice sur la vie de l'auteur, et des notes, par F.-G. Boisseau. Paris, 1286. 1 vol. in-8. 2 fr. 50 c.

TREBUCHET. Jurisprudence de la Médecine, de la Chirurgie et de la Pharmacie en France, comprenant la médecine légale, la police médicale, la responsabilité des médecins, chirurgiens, pharmaciens, etc., l'exposé et la discussion des lois, ordonnances, réglemens et instructions concernant l'art de guérir, appuyée des jugemens des cours et tribunaux; par A. Trebuchet, avocat, chef du bureau de la police médicale à la Préfecture de police. Paris, 1834, 1 fort vol. in-8. 9 fr.

VELPEAU. Nouveaux élémens de médecine opératoire, accompagnés d'un atlas de 20 planches in-4, gravées, representant les principaux procédés opératoires et un grand nombre d'instrumens de chirurgie; par A.-A. Velpeau, professeur de clinique chirurgicale a la Faculté de Medecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité, etc. Paris, 1832, 3 forts vol. in-8., atlas grand in-4. 30 fr.

VELPEAU. De l'opération du trépan dans les plaies de la tête; par A.-A. Velpeau, Paris, 1834, in-8. 4 fr. 50 c.

VELPEAU. Embryologie ou ovologie humaine, contenant l'histoire descriptive et iconographique de l'œuf humain; par A. A. Velpeau, accompagné de 15 planches dessinées et lithographiées avec le plus grand soin, par A. Chazal. Paris, 1833, 1 vol. in-fol. 25 fr.

VELPEAU. Traité complet de l'art des accouchemens, ou Tokologie théorique et pratique, avec un abrégé des maladies qui compliquent la grossesse, le travail et les couches, et de celles qui affectent les enfans nouveau-nés; par A.-A. Velpeau. *Deuxième édition, augmentée et accompagnée de 16 planches gravées avec le plus grand soin*, 1835, 2 forts vol. in-8. 16 fr.

VELPEAU. Des convulsions chez les femmes, pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement; par A.-A. Velpeau. Paris, 1834, in-8. 3 fr. 50 c.

Torti (f.) Therapeutice specialis ad febres periodicas perniciosas; nova editio edentibus et curantibus C.-C.-F. Tombeur et O. Brixhe. D. M. Leodii et Parisiis. 1821, 2 vol. in-8, fig. 16 fr.

VIREY. Philosophie de l'histoire naturelle, ou Phénomènes de l'organisation des animaux et des végétaux; par J.-J. Virey, D. M. P., ancien professeur d'histoire, membre de l'Academie royale de Médecine, etc. Paris, 1835, in-8. 7 fr.

VOISIN. Des causes morales et physiques des maladies mentales, et de quelques autres affections nerveuses, telles que l'hystérie, la nymphomanie et le satyriasis; par F. Voisin, D. M. P., directeur de la maison d'Aliénés de Vanvres près Paris, membre de plusieurs sociétés savantes. Paris, 1826, in-8. 7 fr.

ZIMMERMANN. La solitude; considerée par rapport aux causes qui en font naître le goût, et relativement à ses inconveniens et à ses avantages pour l'esprit et le cœur; par J.-G. Zimmermann, nouvelle traduction de l'allemand, par A.-J.-L. Jourdan. Paris, 1825, 1 fort vol. in-8. Prix broché. 7 fr.
Le même, papier vélin, cartonné. 14 fr.

Personne n'a mieux écrit sur les avantages et les inconvénients de la solitude que le célèbre Zimmermann; tout son livre est empreint des pensées les plus généreuses. Un livre aussi fortement pensé ne peut manquer d'être recherché avec avidité, et d'autant qu'il est écrit avec ce charme particulier qui caractérise les productions de tous les penseurs mélancoliques.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

Publié par les soins de la commission de publication et rédigé par MM. E. Pariset, secrétaire perpétuel, L.-Ch. Roche, secrétaire annuel, et J.-B. Bousquet, secrétaire du conseil.

Ce Journal en rendant compte exact des séances de l'Académie royale de médecine, et présentant le tableau fidèle de ses séances, offrira l'ensemble de toutes les questions importantes que les progrès de la médecine pourront faire naître; l'Académie étant devenue le centre d'une correspondance presque universelle. C'est par les documents qui lui sont transmis que chacun de ses membres peut suivre les mouvemens de la science dans tous les lieux où elle est cultivée, et connaître presqu'au moment où elles naissent les inventions et les découvertes. — L'ordre du Bulletin sera celui des séances: on inscrira d'abord la correspondance soit officielle, soit manuscrite, soit imprimée, à côté de chaque pièce, on lira les noms des commissaires chargés d'en rendre compte à la compagnie. Le rapport est-il lu, approuvé, les rédacteurs le donneront en totalité ou en partie, suivant son importance et son étendue: est-il suivi de discussions, ils s'appliqueront avec la même impartialité, à la reproduire dans ce qu'elle aura d'essentiel. Ainsi, tout correspondant, tout savant qui transmettra un écrit quelconque à l'Académie en pourra suivre les discours et connaître exactement le jugement qui en sera porté. On réservera pour la fin les communications verbales, non qu'elles soient moins intéressantes que les communications écrites, c'est là leur place marquée par les réglements.

Le *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine* est publié, tous les 15 jours, par cahiers de deux feuilles à deux feuilles et demie in 8°. Le 1er cahier a paru le 15 octobre 1836.

Le prix de l'abonnement pour un an est fixé à 15 fr., *franc de port*, pour toute la France; pour l'étranger, 18 fr.

OUTLINES OF COMPARATIVE ANATOMY, by R. E. Grant, professor of comparative anatomy in the university of London. Parts I, II, III. Containing *Osteology*, *Ligaments*, *Muscular* and *Nervous Systems*. *Organs* of the *Senses*, and *Digestive organs*. Illustrated with 118 wood-cuts. 8vo. 20 fr.

La quatrième et dernière partie, qui complétera cet ouvrage, paraîtra en décembre 1836. Prix de l'ouvrage complet 30 fr.

ON BLOOD-LETTING, An Account of the Curative effects of the Abstraction of Blood; with Rules for employing both Local and General Blood-letting in the Treatment of Diseases. By James Wardrop, M. D. Surgeon to the lat. King. 12mo. London, 1836.

A POPULAR VIEW OF HOMŒOPATHY, Exhibiting the present state of the Science, by the Rev. T. R. Everest, rector of wickwar, Second Edition, Amended and much Enlarged, 8vo. London 1836. Price 7 fr.

A PRACTICAL VIEW OF HOMŒOPATHY, or an Address to British Practitioners on the general applicability and superior efficacy of the Homœopathic Method in the Treatment of Disease. With cases, by Stephen Simpson, M. D. Late resident Practitioner at Rome. 8vo. London 1836. 13 fr. 50 c.

THE BRITISH ANNUAL, OR ALMANAC, and Epitome of the Progress of science. Edited by Robert D. Thomson, M. D. London 1837. — In-8vo, avec figures. 4 fr. 50 c.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET,
Rue du Colombier, 30.

